

UNIVERSITÉ CLAUDE-BERNARD - LYON
- MÉDECINE -

U. E. R. GRANGE-BLANCHE

Année 1976 - N° 65

**LA CHOLECYSTECTOMIE :
SA VALEUR, SES DANGERS, SES ECHECS,
A PROPOS DE 1000 OBSERVATIONS**

THESE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON

et soutenue publiquement le 26 Février 1976

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Jean PAROUTY

né le 7 Octobre 1947

à LYON 3° (Rhône)

UNIVERSITÉ CLAUDE-BERNARD - LYON
- MÉDECINE -
U. E. R. GRANGE-BLANCHE

Année 1976 - N° 65

**LA CHOLECYSTECTOMIE :
SA VALEUR, SES DANGERS, SES ECHECS,
A PROPOS DE 1000 OBSERVATIONS**

THESE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON

et soutenue publiquement le 26 Février 1976

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Jean PAROUTY

né le 7 Octobre 1947

à LYON 3° (Rhône)

UNIVERSITE FLANDRE-ARAGON - LYON
- MEDICINE -
LA E. R. GRANGE-ARAGON

ANNO 1912

LA CHOLESTÉROLÉMIÉ
SA VALEUR, SES DANGERS, SES RÉSULTATS
A SUITE DE 1000 OBSERVATIONS



THÈSE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON
et soutenue publiquement le 20 Février 1912
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Jean FARQUY
né le 7 Octobre 1887
à LYON 3^e arrondissement

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD - LYON 1

=====

Président de l'Université : M. le Professeur D. GERMAIN
Premier Vice-Président : M. le Professeur E. ELBAZ
Deuxième Vice-Président : M. P. PONCET, Maître Assistant
Troisième Vice-Président : M. H. BONNET, Etudiant
Secrétaire Général : M. J. RAMBAUD, Administrateur Civil

UNITES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE DE L'UNIVERSITE

Médecine - GRANGE-BLANCHE - Directeur : M. le Professeur B. SALLE
ALEXIS-CARREL - Directeur : M. le Professeur C. GIROD
SUD-OUEST - Directeur : M. le Professeur J.M. ROBERT
LYON-NORD - Directeur : M. le Professeur J.P. GARIN

Biologie Humaine : M. le Professeur J.C. CZYBA

Techniques de Réadaptation : M. A. MORGON, Maître de Conférences agrégé

Sciences Pharmaceutiques : M. le Professeur L. ODDOUX

Sciences Odontologiques : M. le Docteur R. VINCENT

Institut Régional d'Education Physique et Sportive : M. A. MILLON, Professeur d'E.P.

Mathématiques : M. le Professeur H. BUCHWALTER

Physique : M. le Professeur R. UZAN

Chimie et Biochimie : M. le Professeur J. HUET

Sciences de la Nature : M. le Professeur J. BRUN

Sciences Physiologiques : M. R. FONTANGES, Maître de Conférences agrégé

Observatoire de LYON : M. le Professeur J.H. BIGAY

Physique Nucléaire : M. le Professeur A. SARAZIN

Mécanique : M. le Professeur J. MATHIEU

I.U.T. n° 1 : M. le Professeur B. POUYET

I.U.T. n° 2 : M. J. GALLET, Directeur E.N.S.A.M.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MA FEMME

A MON FILS

A MA MERE

A MES GRANDS-PARENTS

A TOUTE MA FAMILLE

A TOUS MES AMIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR R. GUILLET

Nous le remercions d'avoir bien voulu nous faire
l'honneur de présider ce Jury.

Nous le prions d'accepter l'assurance de notre
très haute considération.

A NOS JUGES

MONSIEUR LE PROFESSEUR R. LAMBERT

Nous lui exprimons nos plus sincères remerciements et notre profond respect pour l'honneur qu'il nous fait en siégeant dans ce Jury.

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. PASQUIER

Nous avons apprécié durant un semestre l'harmonie existant entre ses connaissances encyclopédiques d'enseignant et son bon sens de clinicien. Nous le remercions d'avoir accepté de juger ce travail.

MONSIEUR LE DOCTEUR J. VIGNAL

Maître de Conférences Agrégé

Nous le remercions de l'accueil qu'il nous a réservé et de l'intérêt manifesté à l'endroit de notre étude.
Qu'il trouve ici l'expression de notre respectueuse considération.

MONSIEUR LE DOCTEUR G. DEVIC

Il a bien voulu nous confier ce travail,
l'a enrichi de ses conseils et nous a
guidé dans sa réalisation. Nous sommes
heureux de poursuivre notre collaboration
avec lui.

Nous espérons être digne de la confiance
qu'il nous a témoignée et l'assurons de
notre respectueuse gratitude.

NOUS TENONS A REMERCIER

Monsieur le Docteur J. GARDE, il nous a fait l'honneur de nous confier ses observations pour ce travail.

Monsieur le Docteur J. DEBOUVRY, que son souvenir soit toujours présent.

Madame le Docteur J. EYMARD et Madame le Docteur J. GELAIN.

Ainsi que tout le personnel de la Clinique Jeanne d'Arc de Sainte Colombe.

P : L : A : N

INTRODUCTION

PRINCIPES CHIRURGICAUX ET TECHNIQUES OPERATOIRES

MATERIEL D'ETUDE

MORTALITE

MORBIDITE

INTERVENTIONS ITERATIVES SECONDAIRES OU TARDIVES
POUR COMPLICATIONS OU ECHECS OPERATOIRES

SYNTHESE : LES INDICATIONS DE LA CHOLECYSTECTOMIE

CONCLUSIONS

BIBLIOGRAPHIE

INTRODUCTION

Nous avons pensé qu'il serait intéressant et spécialement peut-être, pour un médecin généraliste au début de sa carrière de se faire une idée personnelle et précise de l'avenir immédiat et lointain des patients, qu'il sera amené à confier à un chirurgien pour cholecystectomie.

Nous nous sommes ainsi fixés pour but l'étude des suites compliquées des cholecystectomies que l'on pourrait qualifier de "simples" ; c'est-à-dire réalisées pour des malades vésiculaires non tumorales, en dehors de tout problème cholédocien apparent.

Nous n'avons pas cherché à réunir en un échantillonnage aussi complet que possible les complications diverses de la chirurgie vésiculaire; nous avons au contraire étudié une statistique homogène et intégrale de cholecystectomies.

Nous en rapportons ici la mortalité, la morbidité, les échecs ayant entraîné une intervention itérative. Nous nous garderons cependant de séparer ce passif de l'ensemble des résultats heureux et nous chercherons ainsi ni condamnation ni glorification mais un jugement pragmatique sur la valeur et le domaine de cette intervention.

CHAPITRE 1

PRINCIPES CHIRURGICAUX

ET

TECHNIQUES OPERATOIRES

De ces principes et de ces techniques dépendent la valeur et finalement la signification d'une statistique. Aussi bien avons nous voulu avant que d'exposer celle-ci, préciser ceux-là.

Nous avons dû, de ce fait, donner à ce chapitre un développement qui pourrait sembler excessif mais qui nous a parut indispensable pour bien situer notre travail.

I - ANESTHESIE

D'octobre 1954 à septembre 1960, nos anesthésies étaient confiées à des infirmières utilisant un appareil à circuit fermé ether-oxygène, nous avons eu à déplorer un exitus par syndrome de MENDELSON. Les médecins anesthésistes, le Docteur Jeanne GELAIN, depuis septembre 1960, et aussi le Docteur Jacqueline EYMARD, depuis 1972, nous ont apporté sécurité et confort opératoire.

Les médications préanesthésiques modifient presque toutes le tonus des voies biliaires. Aussi bien utilisons nous surtout les antihistaminiques qui semblent bien échapper à cette critique; nous y ajoutons il est vrai de l'atropine, maniée à de très faible dose ($1/4$ de mgr) et injectée une heure avant le début de l'anesthésie, cette drogue ne nous a pas parut exercer un effet hypotonisant bien manifeste.

L'anesthésie elle même fait appel aux barbituriques et aux curarisants qui ne troublent pas les données de la manométrie et de la radiologie peropératoires. Le malade est intubé et placé en respiration assistée.

quelques instants avant l'injection du liquide de contraste dans les voies biliaires il reçoit dans les veines un produit cortisonique dans l'éventualité d'une intolérance iodée..

II - LAPAROTOMIE

Une incision paramédiane droite transrectale eut nos faveurs jusqu'à 1964. Cette incision qui avait l'inconvénient d'une réparation péritonéale difficile et offensait inutilement un muscle fragile, était cependant une bonne incision. Nous utilisons maintenant la médiane, nous lui reconnaissons deux inconvénients : un inconvénient esthétique car elle franchit la peau perpendiculairement aux plis de flexion ce qui lui confère une certaine tendance chéloïde; un inconvénient mécanique, siégeant au point de poussée abdominale maximum, elle diminue plus qu'une autre l'amplitude respiratoire et plus qu'une autre aussi elle prédispose à l'éviscération.

Les avantages sont cependant déterminants : simplicité, rapidité, bien sûr, mais bien plus encore, c'est une incision qui permet de tout explorer et de tout faire. Arrêtée à l'ombilic, ou plus ou moins prolongée vers le pubis chez l'obèse, elle autorise au mieux l'exploration générale et biliaire, la cholecystectomie, le traitement éventuel de maladies associées et nous pensons surtout à la pathologie pancréatique et diaphragmatique. Exceptionnellement transformée en RIO BRANCO ou même en thoracophréno-laparotomie la médiane s'est prêtée à toutes les situations nouvelles et plus ou moins imprévues; c'est ainsi que dans de bonnes conditions d'abord, purent être traitées par exérèses diverses tumeurs hépatiques découvertes au cours d'un acte de chirurgie biliaire. Aucune autre incision, au prix de si peu de défauts ne nous a apporté tant d'avantages.

III - EXPLORATION

Une exploration première, systématique obéissant à un ordre méthodique nous a fourni une longue liste de découvertes. Ces affections diverses furent ou non traitées dans le même temps que la maladie vésiculaire; ceci est une autre histoire, et ce qui nous occupe ici, c'est qu'elles furent reconnues et que leur évolution put être séparée de celle de la maladie biliaire.

Voici cette liste :

A - Dans un premier groupe nous avons rassembler 33 (3,3%) affections diverses découvertes lors de l'exploration première ayant conduit ou non à un geste chirurgical associé à la cholecystectomie; celle-ci gardant toute sa valeur, nous voulons dire par-là que son pronostic n'a pas été modifié, l'affection découverte étant traitée ou non dans le même temps. Il s'agit de :

- 22 hernies hiatales (2,2%) dont 11 traitées dans le même temps.
- 4 ulcères duodénaux.
- 3 kystes ovariens.
- 2 appendicites avec diverticule de Meckel.
- 1 angiome du grêle terminal réséqué.
- 1 kyste congénital du foie.

B - Dans un second groupe, nous rapportons 22 cas (2,2%) d'affections découvertes dont la gravité de leur évolution propre ne permet plus de juger de la valeur de la cholecystectomie. Il s'agit de :

- 3 cancers digestifs latents dont 1 gastrique et 2 coliques.
- 11 maladies hépatiques dont 1 adénome, 2 angiomes, 1 kyste hydatique, 2 hémochromatoses, 2 cirrhoses

1 tuberculose du foie, 2 hépatites virales de rencontre.

- 2 hémopathies dont une maladie hémolytique et une myélose.

- 6 calculo - cancers cholecystectomisés.

a) - Exploration Hépatique

Ce temps particulier de l'exploration générale revêt en chirurgie biliaire une importance suffisante pour être individualisé.

L'examen visuel attentif du foie et l'expérience permettent de reconnaître un grand nombre d'états pathologiques : cirrhoses bien entendu mais aussi stéatose, fibrose, cholestase, congestion passive etc.....

La palpation du lobe gauche par la main droite, du lobe droit par la main gauche, décèle des tumeurs même de petits volumes, si cette palpation est un geste réfléchi et insistant, sa finesse de diagnostic est bien plus grande que celle de la scintigraphie et comparable à celle de l'hépatographie.

Nous avons découvert ainsi :

- 1 adénome.
- 1 kyste congénital.
- 2 angiomes.
- 1 kyste hydatique.
- 2 hémochromatoses.
- 1 tuberculose.

Le prélèvement biopsique unique ou multiple pour examen histologique est un geste systématique en chirurgie biliaire. A la lecture des comptes rendus établis par les Professeurs FEROLDI, NOEL, VAUZELLE, nous constatons combien les altérations hépatiques plus ou moins graves sont fréquentes en pathologie vésiculaire.

Ces constatations ont deux intérêts :

- Elles peuvent en pratique guider l'attitude thérapeutique ultérieure du médecin praticien.

- Elles peuvent expliquer un grand nombre de séquelles digestives que l'on a trop souvent la simplicité d'attribuer à la cholecystectomie. Sur l'ensemble des prélèvements biopsiques, 60,6% des résultats sont normaux et 39,4% des résultats présentent les altérations suivantes :

- Stéatose = 85,6% dont :
 - 68,0% de stéatose simple
 - 9,4% de stéatose importante
 - 17,8% de stéato-fibrose
 - 4,8% de granulomatose
- Angiocholite = 4,8%
- Souffrance cellulaire = 4%
- Séquelles d'ictère ancien = 2,4%
- Hépatite virale = 2,4%
- Hépatite nécrosante = 0,8%

Le pourcentage des altérations histologiques augmente avec l'âge, on a aucune altération histologique avant 20 ans, puis de

- 21 à 30 ans : 26%
- 31 à 40 ans : 34%
- 41 à 50 ans : 46%
- 51 à 60 ans : 34%
- 61 à 70 ans : 59%
- 71 à 80 ans : 71%

b) - Exploration Pancréatique

Au même titre que l'exploration du foie, l'exploration du pancréas est un temps indispensable. Pour

cette glande toutefois la biopsie n'est pas systématique et réservée seulement aux cas manifestement pathologiques.

Les gestes de l'exploration visuelle et tactile du pancréas sont trop connus pour que nous y revenions; deux remarques seulement :

- Relever le colon transverse permet de palper à travers son méso la totalité du pancréas.

- Les épreuves manométriques et les examens radiologiques de la voie biliaire principale décelent des noyaux de pancréatite céphalique qui peuvent échapper absolument à une exploration même dirigée et constituer ainsi des découvertes propres à la chirurgie biliaire (25 cas).

c) - Exploration Biliaire

Cette exploration commence par l'inspection de la vésicule; puis par sa ponction qui permet un prélèvement biliaire aux fins parfois de dosages chimiques dont nous ne ferons pas état ici, aux fins toujours de renseignement bactériologique.

La ponction permet aussi de détendre la vésicule et de la palper sans pour autant la vider par le cystique. Il ne faut cependant accorder à cette palpation qu'un intérêt modéré : pour explorer une vésicule il faut, après l'opération, l'ouvrir soi-même sur un liège ainsi que le cystique; il faut encore souvent en confier un fragment à l'histologiste qui nous persuadera que les lésions de dysplasie sont presque banales en pathologie vésiculaire lithiasique ou non; nous ne les avons pas comptabilisées étant donné que l'étude histologique vésiculaire n'a pas été systématique; on note la fréquence de la cholestérolase associée ou non à une diverticulose.

L'exploration de la voie biliaire principale a évidemment toujours été systématique dans une clinique où ont collaboré le Docteur DEBOUVRY dont la thèse faite avec

CAROLI, remonte à 1941 et par le Docteur DEVIC qui es resté plus de 4 ans l'assistant du Professeur MALLET GUY.

Cette exploration de la voie biliaire principale a toujours commencé par l'inspection et la palpation. Le duodéno-pancréas n'est pas décollé systématiquement, il ne l'est qu'en chirurgie cholédocienne.

L'exploration instrumentale n'est pas pratiquée en chirurgie de la vésicule avec un cholédoque non dilaté.

L'exploration manométrique et radiologique est faite selon les principes et les techniques de MALLET GUY; elle est réalisée par l'intermédiaire du canal cystique dans lequel un cathéter est introduit.

Le cathétérisme du cystique est presque toujours possible, il a été réalisé 868 fois, dans 57 cas il n'a pas été réalisé pour les raisons suivantes :

- dans 23 cas ce sont les conditions anatomiques locales qui expliquent l'absence du contrôle peropératoire, on relève 9 fois une inflammation du pédicule interdisant toute dissection, 8 fois une maladie du cystique, 6 fois un cystique filiforme.

- dans 14 cas ce sont les conditions d'une intervention faite en urgence et dans 8 cas la gravité de l'état du malade qui nous ont forcé à écourter l'intervention.

- enfin il reste 12 échecs du cathétérisme du cystique non expliqués par une cause unique mais par l'adjonction de plusieurs facteurs; mauvaises conditions opératoires, dissection difficile ...

C'est en rendant nécessaire le cathétérisme du cystique que le principe du contrôle manométrique et

radiologique peropératoire de la voie biliaire principale a rendu à la chirurgie biliaire un des services les plus vrais et les plus méconnus.

L'identification obligatoire et certaine du cystique, sa dissection précise, sont la clef de la chirurgie vésiculaire et de la chirurgie biliaire. Ce sont ces gestes et ces gestes contrôlés qui en font la sécurité; le Docteur DEVIC en est si convaincu qu'il pousse systématiquement la dissection du cystique jusqu'à la confluence vraie, c'est cette dissection poussée jusqu'à l'extrême qui lui a permis d'écrire en publiant sa statistique personnelle de lithiasie du cholédoque "j'ai traité par voie transcystique plus de la moitié de mes malades, c'est-à-dire 120/220, je veux dire par là que chez ces 120 opérés j'ai pu enlever par le cystique la totalité des calculs cholédociens".

IV - CHOLECYSTECTOMIE - DRAINAGE - FERMETURE

Ces examens étant accomplis on peut dire comme FARABEUF "ma ligature est faite". De la cholecystectomie pratiquée d'arrière en avant nous ne dirons rien, sinon qu'en refusant le plan de clivage le plus facile celui que trouve naturellement la compresse utilisée comme agent de dissection et en recherchant au ciseaux le tissu cellulaire dense, tassé entre la vésicule et le foie, on obtient par coagulation une hémostase parfaite. Le cystique est lié avec un fil non résorbable, le plus près de la voie biliaire principale qu'il est possible de le faire sans la pincer latéralement. Agissant ainsi nous n'avons observé ni migration du fil avec formation lithiasique secondaire, ni syndrome d'amputation; nous avons par contre, chez des malades de seconde main, découvert des moignons cystiques ou pyelocystiques enflammés, infectés et même lithiasiques.

La paroi est refermée sans drainage étant donné la sécurité apportée par la technique d'exploration de la voie biliaire qui a été trouvée libre et par la bonne qualité de l'hémostase du lit vésiculaire. Le drainage sous-hépatique a reconnu quelques indications fournies par la septicité du foyer vésiculaire ou par l'existence de lésions associées.

V - SOINS POSTOPERATOIRES ET SUITES HABITUELLES

Les soins postopératoires sont aussi simples que possible; jusqu'en 1960 les cholecystectomisés recevaient 1500 cc de sérum salé isotonique sous cutané par jour jusqu'aux gaz.

Combien ce temps paraît lointain!

Actuellement l'opéré à la permission de boire un verre d'eau le soir de l'intervention, il se lève le lendemain et il reçoit un traitement anticoagulant systématique. L'équilibre hydroelectrolytique est assuré le plus simplement possible pendant 3 ou 4 jours, persuadé que nous sommes qu'une chirurgie bien réglée et simple ne doit pas être victime d'une réanimation lourde.

Le malade sort au 12^{eme} jour, ce délai semble un peu long à un opéré qui se porte bien mais la nécessité d'une protection contrôlée et des dangers thromboemboliques nous incite à conserver cette attitude sans doute trop prudente.

L'opéré est ensuite confié au médecin traitant, il est systématiquement revu 3 mois plus tard; les conseils qui lui sont donnés, en l'absence de lésions hépatiques ou pancréatiques précises, sont fort simples et visent essentiellement au retour ou à la continuation, d'une alimentation libre et normalement équilibrée. En fait l'expérience montre que le danger est surtout la prise de poids excessive et au médecin incombe bien souvent la surveillance de ces opérés qui se flattent d'aller trop bien.

CHAPITRE II

MATERIEL D'ETUDE

I - INTRODUCTION

Nous avons eu à notre disposition les observations des cholecystectomies pratiquées à la clinique de Sainte - Colombe les Vienne, d'octobre 1954 à Décembre 1975. Ces malades furent opérés dans un même lieu, avec les mêmes méthodes et par une équipe très stable : Docteur DEBOUVRY, Docteur DEVIC, jusqu'en Septembre 1966 puis Docteur DEVIC et Docteur GARDE. Il est bien certain qu'en 20 ans quelques modifications sont intervenues dans les soins pré, per et postopératoires; nous les avons signalées au chapitre précédent : le fait le plus important fut certainement la collaboration de médecins anesthésistes depuis 1960, puis l'utilisation depuis Janvier 1966 de la scopie peropératoire. Ce qui cependant à le plus changé en 20 ans reste un facteur subjectif difficile à apprécier et qui est l'expérience chirurgicale.

II - MALADIES ASSOCIEES

A) - Découvertes lors de l'exploration abdominale

L'exploration abdominale nous a permis de découvrir un assez grand nombre d'états pathologiques associés :

- 3 cancers digestifs latents
- 2 diverticules de Meckel
- 3 kystes de l'ovaire et plusieurs fibromes utérins
- 2 splénomégalias dont une maladie hémolytique avec calculs vésiculaires ferriques et une myélose.
- un nombre important d'anomalies diaphragmatiques dont 22 hernies (11 furent traitées dans le même temps que la cholecystectomie).
- 11 maladies hépatiques dont 1 adénome, 2 angiomes, 1 kyste hydatique, 2 hémochromatoses, 2 cirrhoses

1 tuberculose du foie, 2 hépatites virales de rencontre.

- 14 calculo-cancers de la vésicule dont nous ne retiendrons que les 6 qui furent cholecystectomisés. Ils le furent pour des raisons généralement psychologiques les autres qui n'appartiennent pas à cette statistique furent l'objet d'une simple laparotomie exploratrice (7fois) et d'une hépatectomie droite élargie (1 fois).

- 35 pancréatites aiguës avec calculs vésiculaires sans calcul cholédocien.

B) - Découvertes par l'exploration manométrique et radiologique

Nous retiendrons davantage les états pathologiques associés qui furent découverts par l'exploration manométrique ou radiologique peropératoire de la voie biliaire principale. Ce lot est numériquement important puisqu'il groupe 99 cas qui s'analysent ainsi :

- 53 lithiases cholédociennes auxquelles il faudrait ajouter 2 observations de calculs méconnus, cela signifie que le caractère muet d'une lithiasse cholédocienne est loin d'être rare puisqu'il correspond ici à 20% des cas. Ce chiffre est d'ailleurs parfaitement en accord avec ceux qui sont avancés par bien des auteurs : DEBRAY et ROUX par exemple 20% sur une statistique de 1000 interventions biliaires ou DEBELUT, 20% également sur 1700 interventions biliaires.

- 21 oddites estimées authentiques et scléreuses d'après les critères exposés au chapitre V . L'association lithiasse de la vésicule et oddite sténosante tout en demeurant rare (2,1% des cas) reste néanmoins possible en dehors d'une lithiasse cholédocienne.

- 25 fois enfin, c'est-à-dire dans 2,5% des cas, un noyau de pancréatite céphalique fut découvert par l'empreinte qu'il imprimait à l'image radiologique du cholédoque inférieur.

Il apparait donc ainsi que dans 99 cas, c'est-à-dire 1 fois sur 10 nous avons dû au contrôle manométrique et radiologique systématique de la voie biliaire principale et à ce contrôle seul, de découvrir un état pathologique latent mais dont la méconnaissance aurait très généralement entraîné des "lendemains douloureux" ou ictériques. Ces 99 malades expliquent l'importance que nous avons accordé à l'étude des méthodes et des techniques opératoires car il est certain qu'un tel lot d'échecs en puissance modifie complètement l'idée que l'on peut se faire de la cholecystectomie et de ses suites.

La statistique de MALLET GUY publiée en 1966 dans la thèse de BOUILLET, fait état sur 1892 cholécystectomies de la découverte par l'exploration manométrique et radiologique peropératoire de 574 mécanismes précis de récurrence (30% des cas) : 166 calculs du cholédoque, 322 dystonies du sphincter d'oddi dont 109 hypertonies (5,7%) et 213 hypotonies, 67 pancréatites céphaliques chroniques (3%).

III - NOMBRE DE CAS

Nous avons un total de 1000 cholécystectomies, réparties de la manière suivante :

- Docteur DEVIC	: 689
- Docteur DEBOUVRY	: 207
- Docteur GARDE	: 104

Nous retiendrons pour notre statistique seulement 925 cholecystectomies en éliminant les lésions associées graves prenant le pas sur la maladie biliaire (22cas) et les lithiases du cholédoque reconnues (53 cas).

IV - L'AGE ET LE SEXE

Sur les 925 cholecystectomies utilisables dans notre travail on dénombre :

- 780 femmes soit 84,3%
- 145 hommes soit 15,7%

AGE	moins de 20	21 à 30	31 à 40	41 à 50	51 à 60	61 à 70	71 à 80	plus de 80	TOTAL
Hommes	0	9	19	41	38	24	12	2	145
pourcentage	0%	12%	11,4%	18,1%	17,8%	17,2%	18,5%	33,3%	15,7%
Femmes	12	85	148	186	176	116	53	4	780
pourcentage	100%	88%	88,6%	81,9%	82,2%	82,8%	81,5%	66,4%	84,3%
TOTAL	12	94	167	227	214	140	65	6	925

Répartition en fonction de l'âge et du sexe.

ceci confirme bien l'idée de la grande prédominance des maladies vésiculaires dans le sexe féminin, la répartition approchée donnant 1 homme pour 6 femmes.

En ce qui concerne l'âge, il n'y a pas de différence significative entre les sexes (cf tableau).

L'âge moyen pour la femme est de 48,7 ans et pour l'homme 51,9 ans.

V - NATURE DES LESIONS VESICULAIRES

A) - Les lithiase vésiculaires aseptiques et les cholecystites chroniques

Nous avons réuni les vésicules lithiasiques à parois souples et fines normales ou à peine dépolies et les cholecystites chroniques à parois plus ou moins épaissies et plus ou moins inflammatoires. Il nous semble qu'il est difficile et en l'absence d'un critère histologique qui n'est pas toujours demandé, de toujours bien apprécier un processus inflammatoire chronique lorsqu'il est discret; d'autre part le pronostic opératoire des lithiases aseptiques et des cholecystites chroniques aseptiques est sensiblement identiques; la mortalité opératoire étant le fait de gros foyers bactériens vésiculaires.

Nombre de cas : 534 soit 57,8%

On note sur ces 534 cas les associations suivantes :

- 15 vésicules fraise avec calcul
- 8 vésicules scléroatrophiques lithiasiques
- 6 malformations vésiculaires dont 2 vésicules bilobées et une agénésie.
- 4 gangrènes aseptiques.
- 3 diverticuloses.
- 2 malformations du cystique.
- 1 vésicule porcelaine.

- 1 hémoglobinoase.

B) - Les cholecystites aiguës lithiasiques

Nous en comptons 316 cas (34,2%), se répartissant ainsi :

- cholecystites aiguës au stade inflammatoire présuppuratif : 199 cas.
- cholecystites avec lésions pariétales graves : 117 Cas. dont :
 - pyocholecystes : 73
 - gangrène pariétale avec généralement perforations couvertes : 23
 - perforations en péritoine libre : 13
 - empyèmes : 8

Sur ces 117 cas graves nous comptons 27 hommes ce qui signifie que l'homme présente proportionnellement 2 fois plus de formes sévères que la femme. Les germes trouvés à l'examen direct et à la culture furent par ordre de fréquence décroissant : entérocoque, colibacille, streptocoque, bacille d'Eberth, protéus, klebsellia, staphylocoque.

Les lésions vésiculaires dystrophiques sont rarement rencontrées dans les cholecystites aiguës.

C) - Les Mucocèles

Nous avons rencontré 27 cas, ces vésicules "à bile blanche" c'est-à-dire à mucus et sans bile seraient à rapprocher des vésicules à "bile goudron" qui représentent un stade évolutif plus précoce du même processus de l'exclusion aseptique.

D) - Les maladies vésiculaires non lithiasiques

Nous en avons dénombré 39 cas se répartissant ainsi :

- 16 cholecystites aiguës dont les germes furent l'enterocoque, le streptocoque, le paratyphi B.

- 23 cas groupaient une pathologie diverse :

- 5 vésicules "déshabitées" avec preuve radiologique seraient en réalité à ranger dans les lithiases.

- 12 lésions dystrophiques importantes avec souvent images radiologiques précises ayant permis un diagnostic préopératoire exact :

- 9 cholestéroloses

- 2 cholestérolose et diverticulose

- 1 papillomatose et adénomatose

- 3 malformations congénitales avec biloculation.

- 1 infarctus.

- enfin la cholecystectomie fut légitimée 2 fois par une maladie du cystique.

E) - Les vésicules antérieurement cholecystostomisées.

Il s'est agit pour ces 9 cas toujours de malades cholecystostomisés ailleurs et qui durent être opérés pour des lésions de cholecystite chronique lithiasique.

Notre statistique personnelle ne comporte pas de cholecystostomie; ceci résume le jugement que nous portons sur cette opération qui ne trouve plus d'indication.

VI - NATURE DES CALCULS

Elle correspond à une macrolithiasie dans 2/3 des cas et à une microlithiasie ou leur association dans 1/3 des cas.

Nous n'avons pas trouvé de renseignements précis sur la fréquence relative de ces types de calculs; aussi bien ne pouvons pas tirer argument de ces chiffres pour savoir si les petits calculs ont constitué comme cela est vraisemblable un argument opératoire aux yeux des médecins de la région.

VII - SEMEIOLOGIE

Nous n'avons pas analysé notre matériel d'étude en fonction de la séméiologie clinique. Nous signalerons cependant que dans 5,0% des cas ces malades furent opérés au cours ou dans le décours d'un ictère alors qu'à l'intervention la voie biliaire principale était libre de tout obstacle lithiasique ou sphinctérien. Ces malades venus d'horizons très différents, posaient en commun la question de la nature de cet ictère, laparotomisés le plus souvent avec l'idée préconçue d'une lithiasse cholédocienne, ils furent parfois quelque peu déroutants. Voici ce que les constatations opératoires permirent d'établir pour ces 50 malades :

- 24 migrations duodénales transcholédociennes de petits calculs vésiculaires, prouvées ou simplement probables.
- 5 pancréatites aiguës oedémateuses sans calcul cholédocien et sans sténose du cholédoque intrapancréatique à ranger sans doute dans le groupe précédent.
- 1 compression du cholédoque suspancréatique par une masse lithiasique du bassinnet.
- 2 ictères toxiinfectieux de foyers vésiculaires septiques majeurs.
- 13 ictères de cholecystites aiguës graves avec pédiculites oedémateuses importantes et dans certains cas hépatite inflammatoire régionale.
- 2 ictères de pédiculites prolongées scléro-inflammatoires avec sténose du canal hépatique au contact d'un foyer septique du bassinnet.
- 3 cholecystites aiguës banales sur foie fragilisé par une atteinte virale ancienne.

VIII - PATHOLOGIE ASSOCIEE

L'analyse des antécédents , le bilan

préopératoire clinique, biologique et radiologique nous ont permis dans un grand nombre de cas, soit de constater, soit de découvrir l'existence d'un état pathologique associé à la maladie vésiculaire. Il n'est pas dans notre dessein de reprendre toutes les associations possibles et nous avons retenu les états pathologiques dont la fréquence importante doit être signalée :

A) - Nous avons rencontré 81 hypertensions artérielle (8,7%) soit que la tension était supérieure à 16/9 soit qu'il s'agissait d'une hypertension déjà connue et traitée.

B) - Chez 121 opérés le poids était supérieur de 30% par rapport au poids idéal (13,1%).

C) - Une glycémie élevée ou une épreuve d'hyperglycémie provoquée perturbée a été notée 40 fois (4,3%).

Enfin dans 135 cas (14,6%) il existait une pathologie associée multiple.

CHAPITRE III

MORTALITE

I - Nous citerons tout d'abord nos observations :

Observation n° 44 :

Femme de 66 ans opérée le 21/10/57 (Dr. DEVIC), d'une cholecystite aigue lithiasique banale; syndrome de Mendelson. Exitus.

Observation n° 97 :

Femme de 66 ans obèse (86Kg pour 1M55), diabétique; anesthésie générale ether-oxygène, cholecystite aigue lithiasique refroidie, opérée au 10ème jour le 07/12/60 (Dr. DEVIC). On est frappé par l'existence de lésions hépatiques caractérisées par des "phénomènes de nécrose parenchymateuses sans topographie précise avec cependant une prédominance centrolobulaire; évoquant l'aspect d'une hépatite toxique plutôt qu'infectieuse" (Professeur FEROLDI). A la 36ème heure : frissons, cyanose, et exitus en 2 heures. Aucune cause n'est retrouvée et on note seulement que les accidents ont commencé peu après une injection intra-veineuse d'un antibiotique cyclique.

Observation n° 115 :

Homme de 75 ans opéré d'urgence le 29/11/61 avec le diagnostic de péritonite; d'origine appendiculaire probable. La maladie a commencé 8 jours avant par une douleur de la fosse iliaque droite avec température à 39, suivie au 3ème jour d'une accalmie trompeuse brutalement interrompue il y a 24 heures par un syndrome perforatif.

L'incision de JALAGUIER rectifie le diagnostic; agrandie vers le haut elle permet d'enlever une vésicule gangrénée laissant soudre un liquide purulent à colibacilles et proteus. Cette vésicule est enlevée le plus simplement possible sans contrôle de la voie biliaire principale et la paroi est refermée sur un drainage large.

Les suites paraissent devoir être favorables mais au 15ème jour exitus dans un tableau d'insuffisance cardio-vasculaire progressive.

Observation n° 134 :

Femme de 77 ans. Grand vieillard relevant d'un accident vasculaire cérébral opérée le 04/09/62 (Dr. DEVIC) d'un empyème vésiculaire après un traitement médical prolongé. La cholecystectomie se passe simplement et une canule transcystique permet de ne garder aucun doute sur la liberté de la voie principale qui est dilatée et atone. Drainage sous-hépatique fermeture pariétale. Au 7ème jour ictus et mort le lendemain.

Observation n° 599 :

Femme de 67 ans obèse, opérée le 08/01/73 (Dr. DEVIC), pour une cholecystite lithiasique aigue, voie biliaire principale libre et état hépatique sensiblement normal "lésions minimales de stéatofibrose". Complications broncho-pulmonaires et exitus au 8ème jour.

Observation n° 658 :

Homme de 92 ans, opéré le 04/07/74 (Dr. DEVIC), d'une cholecystite aiguë négligée brusquement aggravée au 8ème jour et hospitalisé 3 jours plus tard dans un état clinique et humoral très grave. La laparotomie découvre une péritonite à colibacille par perforation vésiculaire. La vésicule est enlevée sans contrôle de la voie biliaire principale et un drainage sous-hépatique iliaque droit et pelvien est établi. Exitus le lendemain.

Observation n° 774 :

Femme de 72 ans, bon état général, épreuves hépatiques satisfaisantes (histologie : stéatose modérée) bon état cardiovasculaire. Opérée le 18/10/74 (Dr. DEVIC), au 5ème jour d'une cholecystite aiguë très septique (entérocoques, colibacilles et bacilles gram plus anaérobies) malgré un traitement à l'ampicilline. Au cours de l'intervention, il est pratiqué une papillotomie transduodénale "de doute", cette papillotomie restée blanche était motivée pour les raisons suivantes :

- élévation des phosphatases alcalines à 17 unités K.A.

- Aspect radiologique peropératoire du cholédoque anormal: calibre un peu gros, extrémité inférieure assez mal visible avec suspicion d'une image lacunaire de l'ampoule de Vater; cette image pseudo-lithiasique se révélera en réalité dessinée par le bord gauche de la voie biliaire et un très court reflux dans le canal de Wirsung. Aussi bien et malgré une pression d'écoulement normale à 7,5 cm d'eau et une exploration minutieuse manuelle et instrumentale négative, la papillotomie est elle réalisée. Cholecystectomie, fermeture pariétale sans drainage.

Pancréatite aiguë au 3ème jour avec ballonnements épigastrique (2litres d'aspiration quotidienne), élévation de l'azotémie malgré une diurèse conservée et une élimination uréique urinaire correcte; l'amylasémie passe de 108 unités S à 53. Il se constitue un épanchement pleural gauche; Cependant la situation paraît contrôlée au 8ème jour, mais c'est alors qu'apparaît une fièvre bientôt oscillante entre 37 et 40. La persistance et l'aggravation du syndrome infectieux conduit à une réintervention tardive (28ème jour postopératoire) qui confirme l'existence d'une pancréatite nécrosante massive et suppurée; évacuation de lambeaux glandulaires sphacelés et de pus drainage très large. Exitus 2 jours plus tard.

Observation n°21 :

Femme de 84 ans, opérée d'urgence le 02/10/55 par le Dr. DEBOUVRY, d'un pycholecyste perforé, cholecystectomie sans vérification de la voie biliaire principale, drainage. Exitus au 2ème jour.

Observation n°152:

Femme de 66 ans, opérée le 13/04/61 pour une cholecystite lithiasique avec fistule cholecystoduodénale

et voie biliaire principale libre. Cholecystectomie, suture de la brèche duodénale, un drain soushépatique.

Suites d'abord simples puis embolie pulmonaire mortelle au 8ème jour.

Observation n° 46 ;

Femme de 72 ans, opérée le 10/12/71 (Dr. GARDE), d'une cholecystite lithiasique aiguë. La découverte d'une pancréatite céphalique avec empreinte cholédocienne conduit à pratiquer une dérivation biliodigestive cysticoduodénale; dans la même séance opératoire une hernie hiatale est traitée.

Après des suites complexes marquées par des hématémèses. Exitus au 10ème jour.

II - COMMENTAIRES

A) - Les autres statistiques

Nous citerons quelques statistiques qui nous permettront de faire quelques remarques :

<u>Auteurs</u>	<u>Périodes</u>	<u>Nombre de cas</u>	<u>Décès</u>	<u>%</u>
BERGERHOFF	1930-1965	2769	157	5,7
	1960-1965			1
MALLET GUY	1942-1964	1317	15	1,13
RUBAY	1951-1961			4,3
	1961-1971			1,3
MAC-SHERRY	1950-1956	3115	63	1,9
CAHEN	1955-1965	300	6	2
PEREZ	1957-1965	1204	20	1,7
HOLM	1958-1968	1467	13	0,9
BOQUIST	1962-1970	3257	29	0,9
MURRAY	1963-1967	1090	17	1,6

B) - Notre propre statistique

Nous avons sur les 925 cholecystectomies 10 décès ce qui nous donne une mortalité de 1,08%. Ce chiffre est tout à fait comparable aux données précédentes; les variations modérées des chiffres de la mortalité entre les auteurs tient le plus souvent au fait que le matériel d'étude diffère; certaines statistiques englobent l'ensemble de la pathologie biliaire, en particulier les affections cancéreuses, d'autres se limitent aux seules affections vésiculaires lithiasiques.

En comparant cette mortalité au cours des deux décennies on trouve d'octobre 1954 à décembre 1965 : 6 décès pour 312 cholecystectomies c'est-à-dire une mortalité de 2%; de janvier 1966 à décembre 1975 : 4 décès pour 613

cholecystectomies soit une mortalité de 0,65%, ceci rend compte des progrès inhérents aux techniques, au matériel, et à "l'expérience chirurgicale".

C) - Les mécanismes de la mort:

- Deux éxitus restent mal expliqués (obs. n° 97 et 46) et l'un est sans doute dû au traitement d'une maladie associée (hernie diaphragmatique).
- Un syndrome de Mendelson (obs. n° 44).
- Une complication bronchopulmonaire (obs. n° 599).
- Une embolie pulmonaire (obs. 152).
- Une pancréatite aigue après papillotomie de doute (obs. 774).

- Quatre péritonites par perforations chez de grands vieillards (obs. n° 115 - 134 - 658 - 21).

Cette liste appelle les réflexions suivantes :

1) - Certains éxitus pourraient être évités

C'est le cas du syndrome de Mendelson observé en 1957 à une époque où nous ne bénéficions pas de la collaboration de médecins anesthésistes.

C'est le cas aussi de l'embolie pulmonaire nous vivions alors avec l'idée, longtemps vraie d'ailleurs, qu'en chirurgie biliaire le danger était fait d'hémorragie et non de thrombose; nos opérés recevaient plus de vitamines K que d'antivitamines K. Depuis 1966 nous appliquons à la chirurgie biliaire les mêmes règles qu'à l'ensemble de la chirurgie viscérale où nous n'avons plus connu sinon d'incident du moins d'accident thromboembolique.

C'est le cas enfin de la pancréatite aigue nécrosante et suppurée qui fit suite à un geste abusif sur la papille. Nous nous expliquerons longuement sur ce sujet au chapitre des interventions itératives pour oddites.

2) - Tous les décès concernent des malades de plus de 65 ans:

- 66 ans : 3
- 67 ans : 1
- 72 ans : 1
- 73 ans : 1
- 75 ans : 1
- 77 ans : 1
- 84 ans : 1
- 92 ans : 1

on compte donc 6 décès après 70 ans et 2 décès après 80 ans, l'âge moyen étant de 73,8 ans. Vous trouverez ci-après un tableau de cette mortalité en fonction de l'âge et du sexe. La relation entre la mortalité et l'âge est frappante :

- de la 6^e à la 7^e décade, la mortalité passe de ^{2,8}1,4% à 6%, en éliminant dans la 6^e décade les moins de 65 ans, le pourcentage passe de ^{2,8}1,4% à ^{5,6}2,9%.

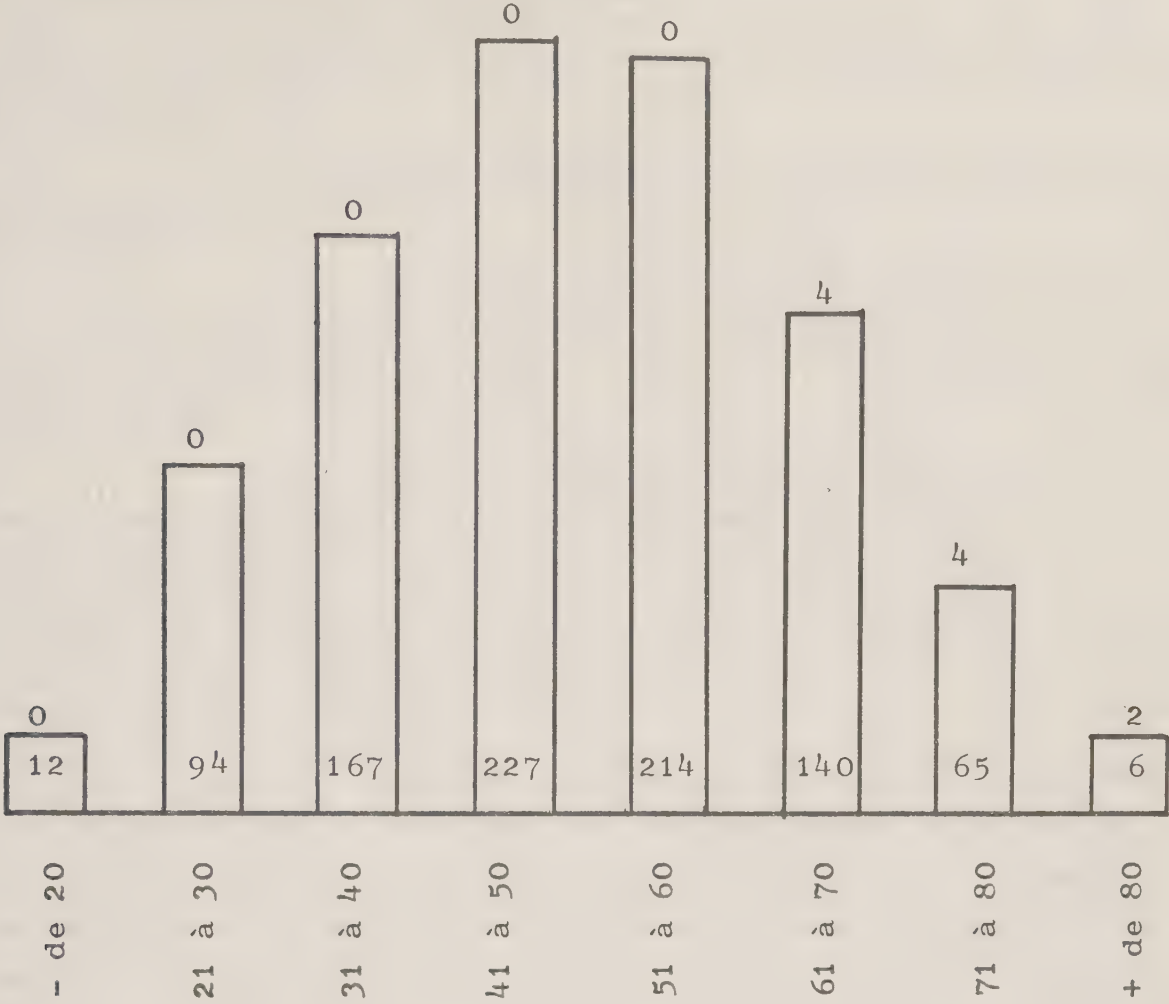
- de la 7^e à la 8^e décade et au delà, la mortalité augmente encore pour atteindre 33,3%.

Cette relation entre la mortalité et l'âge se voit largement confirmer dans l'ensemble des publications dont voilà quelques chiffres :

<u>Auteurs</u>	<u>Périodes</u>	<u>Nbre de cas</u>	<u>Age</u>	<u>Décès</u>	<u>%</u>
BEHREND	1947	51	65	6	11
STROLL	1953	75	70	7	9,3
GLENN	1932-1953	317	65	20	6,3
GUINOT	1970	71	70	19	27
IBACH	1962-1966	150	+ de 60	6	2,3
		78	60-70	1	1,3
		54	70-80	2	3,7
		18	80-90	3	17

A - Mortalité en fonction de l'âge

29



Mortalité en pourcentage :

0% 0% 0% 0% 0% 2,86% 6,2% 33%

B - Mortalité en fonction du sexe

8 décès pour 780 femmes soit 1,02%

2 décès pour 145 hommes soit 1,38%

Enfin dans la série de MALLET GUY, concernant 1317 cholecystectomies, tous les décès concernent des malades de plus de 64 ans.

3) - Tous les décès concernent des cholecystites aiguës

La cholecystectomie pour lithiasé aseptique, pour cholecystite chronique, pour mucocèle, pour lésions dystrophiques ou dégénératives, cette cholecystectomie n'a pas de mortalité.

Nous sommes également frappé par le fait que la mortalité est fournie non par des complications infectieuses aiguës banales mais par des complications négligées et parvenues tardivement en milieu chirurgical avec, dans plus de la moitié des cas, perforations en péritoine libre et péritonite purulente.

On peut incriminer et cela est vrai dans deux observations la solitude et l'indifférence de certains vieillards. Dans d'autres cas c'est le malade ou l'entourage qui sousestime la gravité de l'état pathologique et ne fait que trop tardivement appel au médecin. Il arrive enfin que le médecin lui même hésite à confier à la chirurgie un malade qu'il sait très fragile et place alors toute sa confiance en une antibiose à laquelle il se cramponnera; remarquons d'ailleurs que tous ces malades qui ont succombé à des complications septiques, ont recus un traitement antibiotique plus ou moins prolongé. Il est bien évident qu'un antibiotique même très actif sur le germe pathogène, même éliminé sous forme active par la bile, sera dans l'impossibilité d'assurer la stérilisation d'une cholecystite grave. Cela pour plusieurs raisons : masse très importante du foyer vésiculaire, impossibilité pour l'antibiotique de l'atteindre par voie canalaire car la vésicule est alors toujours exclue; atteinte par voie sanguine très minime ou nulle du fait des thromboses vasculaires qui se développent sous l'effet bactérien et qui conduisent à des lésions curieuses de gangrène chronique.

L'antibiotique peut donc assurer par voie sanguine la stérilisation de la péritonie régionale qui entoure comme un halo une cholecystite grave; il peut protéger le foie des atteintes bactériennes, il peut simplifier les suites opératoires.

Aussi bien l'antibiothérapie doit-elle être faite comme une brève préparation opératoire et pratiquée en milieu chirurgical pour couvrir l'intervention.

Les dérogations à cette règle semblent malheureusement si fréquentes que l'introduction des antibiotiques s'est traduit en pratique par une aggravation du pronostic des cholecystites aiguës.

D) - La pathologie associée

En ce qui concerne les maladies associées nous voulons dire ceci : il est bien évident que l'existence d'un diabète, d'une hypertension artérielle ou de tout autre état morbide, isolé ou associé, doit-être prise en considération, mais le plus souvent il ne s'agit pas d'un facteur décisif si on les compare avec l'âge et le facteur bactérien.

La plupart des auteurs d'outre Atlantique, insiste sur le rôle du diabète mais une statistique de DUCROS, montre que si l'on met en parallèle diabète et âge, le diabète apparaît comme un facteur contingent; en fait ce n'est pas la seule constatation d'une glycémie élevée ou d'une courbe d'hyperglycémie provoquée pathologique qui doit être prise en considération mais plutôt les conséquences surtout vasculaires du diabète et la présence d'une éventuelle obésité qui doivent être retenues. Nous déplorons 1 décès chez une femme de 66 ans obèse et diabétique, étant donné que nous avons relevé un diabète dans 40 cas, on a un pourcentage de mortalité double par rapport à l'ensemble de la statistique. En fait l'incidence du diabète est difficile à apprécier, d'une part le nombre de cas est insuffisant, d'autre part l'exitus chez notre diabétique décédé est resté mal expliqué.

Pour l'obésité nous avons deux décès , ce qui nous donne donc une mortalité de 1,6%, par rapport à l'ensemble de la statistique, la différence est peu significative.

L'hypertension ne semble pas être un facteur décisif car aucun des malades décédés n'était porteur de cette affection mais l'un d'entre eux relevait d'un accident vasculaire cérébral récent.

A noter que 50 malades ont été opérés au décours d'un ictère qui n'a pas influencé le pronostic puisque même les deux ictères par hépatite toxiinfectieuse ont survécus.

Pour conclure nous insistons sur l'importance du bilan clinique et biologique préopératoire qui se doit d'apprécier de façon globale l'ensemble des fonctions vitales, tant il est vrai que la découverte d'une obésité, d'une insuffisance cardiorespiratoire ou rénale, entraîne un risque supplémentaire qui doit-être apprécié à sa juste valeur par l'équipe chirurgicale; en particulier par le médecin anesthésiste.

CONCLUSIONS

- Sur 925 cholecystectomies, la mortalité a été de 1,08%.
- Elle n'a frappé que des malades âgés de plus de 65 ans.
- Elle n'a frappé que des malades atteints de cholecystites aiguës.
- Si l'on excepte deux observations (n°97 - 46) qui ne sont pas des cas de cholecystectomie simple mais des cas avec lésions associées qui ont sans doute été plus ou moins la cause de la mort, il reste :
3 décès par complications du geste chirurgical.

5 décès par échec d'interventions de sauvetages.

Ces morts doivent être rapprochées des morts observées dans cette même clinique et dans la même période, entraînées par les complications de la lithiase vésiculaire :

- lithiase du cholédoque (opérée ou non) : 22
- iléus biliaire : 2 sur 4 cas
- cancérisation d'une vésicule anciennement lithiasique : 14 cas.

CHAPITRE IV

MORBIDITE

La cholecystectomie est une opération bien réglée dont les suites sont prévisibles et simples.

La morbidité est très faible et existe pratiquement que dans le traitement des cholecystites aiguës septiques. Elle est fournie essentiellement par quelques fautes opératoires et par la pathologie associée : sénilité - obésité - ethylisme - cirrhose - insuffisance cardiopulmonaire.

I - LES COMPLICATIONS DU FOYER OPERATOIRE

A) - Les fautes opératoires

1 - Les blessures de la voie biliaire principale

On trouvera au chapitre des interventions itératives deux observations de blessures graves de la voie biliaire principale ayant évoluées vers le rétrécissement secondaire. Nous rapportons ici les observations de deux blessures bénignes :

. observation n° 386

Femme de 58 ans, opérée le 18/02/70 (Dr. DEVIC). Au cours d'une cholecystectomie rendue difficile par l'importance des réactions inflammatoires; blessure du canal hépatique au cours de la dissection de l'artère cystique: plaie latérale n'interrompant pas la continuité du canal. Suture immédiate. La voie biliaire principale explorée par une canule transcystique est normale et en particulier la suture de l'hépatique ne rétrécit pas la lumière du canal. Cholecystectomie. Fermeture pariétale sur un drain transcystique. Le drain sera retiré au 15° jour après un nouveau contrôle radiologique. Pas d'incident, pas d'écoulement biliaire, bonne guérison confirmée en Avril 75.

. observation n° 186

Femme de 73 ans, opérée le 10/07/65 (Dr. DEBOUVRY). Blessure latérale du cholédoque par

désinsertion du cystique au cours d'une cholecystectomie assez banale. Cette plaie est réparée par suture sur un drain de kher. L'exploration de la voie biliaire principale par ce drain laissant un doute sur l'intégrité du bas cholédoque, une papillotomie est faite, elle reste blanche.

Le drain de kher sera retiré sans incident après 3 semaines et la guérison était confirmée en aout 1974.

2 - Les blessures de l'artère hépatique

. Observation n° 607

Femme de 62 ans, opérée le 26/01/73 (Dr. DEVIC). Cholecystite lithiasique à colibacille et à entérocoque; pédiculite scléroinflammatoire opaque et rétractile attirant en un coude l'artère hépatique au contact du bord supérieur du bassinnet. L'artère est blessée au cours de la dissection du pédicule cystique;clampage, suture latérale. Pas de changement de coloration du parenchyme. Le reste de l'intervention se déroule simplement; antibiose en raison de la nature septique du foyer opératoire et de la blessure artérielle. Suites simples.

. Observation n° 152

Femme de 69 ans, opérée le 29/01/63 (Dr. DEBOUVRY), au cours d'une cholecystectomie pour lithiasase aseptique section de la branche droite de l'artère hépatique. Ligature. Suites non troublées sous antibiose.

B) - Les complications pariétales

Ces complications ne sont connues que pour 721 cholecystectomies, les observations du Dr. DEBOUVRY n'étaient pas assez explicites à ce sujet.

1 - Les suppurations pariétales

Nous n'avons comptabilisé que les suppurations importantes c'est-à-dire ayant entraîné un séjour en clinique de plus de 25 jours après l'intervention. Les petites suppurations, les hématomes infectés pariétaux retardant peu la cicatrisation de la plaie opératoire et n'en

compromettant pas la solidité sont certainement plus fréquents et ils entraînent volontiers des ennuis secondaires sous forme de fistulites entretenues par des fils de suture non tolérés. Les suppurations pariétales importantes sont rares : 4 cas sur 721 soit 5‰. Il s'agissait toujours de cholecystectomies pour lésions septiques et drainées, nous en rapprocherons un hématome pariétal important sans que le traitement anticoagulant puisse être incriminé chez un malade qui se trouva d'être opéré au début d'une paratyphoïde.

2 - Les éviscérations

Nous comptons 3 éviscérations aiguës libres et une éviscération sous cutanée. Ces éviscérations furent toutes précoces avant le 10^e jour. En voici brièvement résumées les observations :

. Observation n° 175

Homme de 47 ans, opéré le 30/10/63 (Dr. DEVIC), d'une cholecystite aiguë, hémorragique à streptocoque, non lithiasique et voie biliaire principale libre. Au 7^e jour, éviscération sous cutanée : refec-tion de la paroi; hémorragie pariétale grave; arrêt du traitement anticoagulant; embolie pulmonaire; reprise du traitement à l'héparine; reprise de l'hémorragie pariétale. En fin de compte guérison avec éventration. Revu en novembre 1975 pour une Herniorraphie inguinale, cet opéré souffrait peu de cette éventration et n'en réclamait pas le traitement.

. Observation n° 316

Homme de 35 ans, opéré le 02/05/68 (Dr. DEVIC), d'une lithiasé vésiculaire banale, dans la phase préictérique d'une hépatite virale dont le diagnostic exact put être établi par la biopsie du foie, et par les examens cliniques et humoraux postopératoires. Les suites furent marquées par une asthénie intense, par un météorisme important et un ictère. Au 6^e jour éviscération traitée par suture immédiate; énorme suppuration: guérison lente et difficile au prix d'une éventration. Le traitement 6 mois plus tard de

cette éventration permis le contrôle histologique de la guérison de l'hépatite.

. Observation n° 323

Femme de 69 ans, hémiparétique, opérée (Dr. DEVIC), en urgence d'une cholecystite avec perforation couverte et abcès volumineux sous hépatique et interhépatique diaphragmatique à protéus. Lésions hépatiques de "précirrhose" d'origine toxique probable (Dr. VAUZELLE). La cholecystectomie peut néanmoins être conduite régulièrement avec exploration correcte de la voie biliaire principale, après une toilette régionale minutieuse la paroi est refermée sur un drainage sous hépatique et sous diaphragmatique. Eviscération libre au 8^e jour. Reprise immédiate; guérison. Apparition secondaire d'une éventration pour laquelle on conseille une ceinture!

. Observation n° 797

Homme de 71 ans (Dr. DEVIC)

Bronchite chronique, tabagisme, artérite, éthyliisme, cholecystite gangréneuse à entérocoque non lithiasique; voie biliaire principale normale; le foie ne présente que quelques lésions angiocholitiques. Cholecystectomie. Un drain n° 30, sous hépatique. Dans les suites opératoires secousses de toux incessantes et éviscération sous cutanée au 5^e jour; reprise chirurgicale. Bonne guérison, sortie au 35^e jour avec une paroi solide.

Ces 4 accidents représentent un pourcentage d'environ 0,5%, dans la littérature récente les chiffres varient de 0,3 à 2,5%. Ces observations confirment le rôle important du terrain dans la genèse des éviscération : sénilité, bronchite chronique, éthyliisme, et le facteur de gravité que constitue une intervention sur un foyer septique même si l'on prend soin de drainer et de faire sortir les drains par un orifice situé en dehors de la plaie opératoire.

A ces notions classiques nous ajouterons que les cholecystites aiguës suppurées non lithiasiques semblent

apparaître sur un terrain qui est aussi celui de l'éviscération puisque nous avons observé deux de ces cholecystites qui sont rares sur 4 éviscérations. Nous avons d'autre part conservé un très mauvais souvenir des difficultés de cicatrisation et d'une façon générale de guérison opératoire de l'hépatite virale.

Nous avons traité toutes ces éviscérations en urgence par suture chirurgicale, le résultat fut bon sur le plan vital et nous n'avons pas eu de décès; il fut mauvais sur le plan orthopédique car 3 malades sur 4 ont constitué une éventration.

Nous utilisons maintenant systématiquement et avec beaucoup de satisfaction le collage de jersey de polyamide pour la prévention de tels accidents lorsque le terrain ou la nature des lésions semblent y prédisposer.

3 - Les éventrations

Nous connaissons 5 éventrations, une après suppuration pariétale, trois après éviscérations, une après des suites pariétales apparemment simples chez un grand obèse (104Kg /1,62m).

Il est très vraisemblable que nous en méconnaissons; les opérés en effet ne s'en plaignent que peu, et portent souvent une "ceinture à sangle" avec une résignation qui confine parfois à une secrète satisfaction; l'analyse psychologique trouverait certainement dans cette attitude des éléments très variés.

Une de ces éventrations, celle de la grande obèse, vient cependant d'entraîner un accident aigu d'occlusion intrasacculaire.

II - LES COMPLICATIONS GENERALES

Là encore la cholecystectomie confirme son caractère d'opération bien réglée et simple.

A) - Les complications pleuro-pulmonaires

Nous avons certes observé des épisodes de bronchites catarrhales ou même suppurées chez les fumeurs et les tousseurs chroniques.

Nous avons été alarmé par une atélectasie lobaire inférieure droite très fébrile. Nous avons sans doute méconnu des syndromes discrets d'hypoventilation et aussi probablement des épanchements pleuraux fugaces de la base droite.

Il n'en reste pas moins que nous n'avons pas eu à déplorer de complications pleuro-pulmonaires graves.

La gymnastique respiratoire dès avant l'intervention, l'administration d'aérosols avec broncho-dilateurs et antibiotiques locaux, une antibiose assez facile ont peut être été les éléments de ces suites favorables qui sont tout à l'honneur des réanimatrices, des infirmières et des kinésithérapeutes.

B) - Les complications cardio-vasculaires

Citons outre un ictus mortel rapporté au chapitre précédent, un accident vasculaire cérébral régressif chez une femme de 70 ans. Nous n'avons pas eu à déplorer d'accident myocardique.

C) - Les complications thrombo-emboliques

Un accident embolique mortel a été rapporté au chapitre précédent à une époque où nous n'établissions pas de traitement préventif des thromboses.

Nous considérons maintenant et depuis 1966 que la chirurgie biliaire sans exposer aussi gravement que la gynécologie et que certains actes d'orthopédie, aux phlébothromboses, doit cependant bénéficier d'un traitement préventif au même titre que les autres interventions viscérales. Nous utilisons, dans ce but de prévention, les antiinflammatoires, les antivitaminés K, et les antiagrégants plaquettaires associés bien entendu au lever dès le lendemain ou

à la mobilisation et au massage au lit.

Nous avons ainsi éliminé les embolies mortelles et rendu très exceptionnels les autres accidents. Nous comptons 5 embolies pulmonaires et une phlébite.

Les traitements préventifs ne nous ont pas donné par eux mêmes des complications en dehors du cas rapporté ci-dessus qui oscilla entre l'hémorragie et l'infarctus pulmonaire.

Simplifier autant que possible, la réanimation a été innocente de tout accident grave. Nous avons bien entendu connu quelques manifestations anaphylactiques, quelques frissons à l'injection sans doute trop rapide de solutés à grosses molécules, quelques réactions veineuses douloureuses ou même fébriles mais en somme rien de grave pas de septicémie veineuse, pas d'infection urinaire tenace.

Citons cependant l'observation d'une hépatite virale de la seringue avec un ictère 3 mois après la cholecystectomie.

III - COMPLICATIONS PAR PATHOLOGIE ASSOCIEE

Pour compléter ce chapitre ajoutons qu'une pathologie associée est venue parfois troubler les suites de la cholecystectomie. Nous ne voulons pas revenir sur ces malades opérés, l'un avec une hépatite virale dans sa phase préictérique, l'autre avec une parathyphoïde et qui eurent tous deux des suites opératoires troublées.

Nous voulons signaler deux accidents :

- 1 ascite postopératoire d'ailleurs régressive chez une cirrhotique cholecystectomisée.

- 1 hémopéritoine ayant nécessité une intervention itérative, le soir même pour splénectomie, nous avons eu l'imprudence de biopser une grosse rate découverte au cours de la cholecystectomie, il s'agissait d'une myélose actuellement en traitement.

Pour conclure ce chapitre relatif à la morbidité, nous ferons les remarques suivantes :

- Cette morbidité est faible puisque nous n'avons que 28 complications postopératoires pour 925 cholecystectomies soit un taux de 3%.

- Si on veut dégager les facteurs influençant cette morbidité, l'âge et l'infection, comme pour la mortalité apparaissent comme deux éléments essentiels, en ce qui concerne l'âge, avant 60 ans le taux de morbidité est voisin de 2%, il passe à 6% au delà de 60 ans. Le rôle de l'infection est évident : l'ensemble des suppurations pariétales intéressent des interventions faites sur un foyer septique; pour les éviscérations on note deux cas sur les 4 éviscérations, intéressant des cholecystites aiguës alithiasiques; sur les 6 complications thromboemboliques on en dénombre 4 après cholecystectomie pour cholecystite aiguë septique.

- Deux facteurs ne semblent pas intervenir: il s'agit de l'hypertension artérielle et du diabète.

- Quant à l'obésité son rôle est le plus souvent mis en avant dans un grand nombre de publications; il est certain qu'une surcharge pondérale intervient dans la genèse des complications pariétales mais elle n'intervient pas pour les autres complications.

CHAPITRE V

INTERVENTIONS ITERATIVES SECONDAIRES OU TARDIVES

POUR COMPLICATIONS OU ECHECS OPERATOIRES

Après l'exposé de généralités sur le caractère et la gravité de cette chirurgie biliaire itérative ce chapitre comprendra :

I - LES BLESSURES OPERATOIRES DE LA VOIE BILIAIRE PRINCIPALE AYANT EVOLUEES VERS UNE STENOSE SECONDAIRE

II - LES LITHIASES DU CHOLEDOQUE APRES CHOLECYSTECTOMIE

Position du problème

- Les données classiques : calcul résiduel calcul récidive.

- Evolution des idées et leur aspect actuel
Calculs résiduels et dispositifs résiduels de stase biliaire avec ou sans précipitation lithiasiques secondaires.

III - LES CALCULS RESIDUELS

- Leur place actuelle dans le syndrome post cholecystectomie.

- La cause de ces oublis.

- Leur traitement.

IV - LES DISPOSITIFS RESIDUELS DE STASE BILIAIRE

- Leur place dans le syndrome post cholecystectomie.

- Leur nature :

- Les rétrécissements du bas cholédoque : oddites, cholédocites.

- Les compressions du bas cholédoque : nodules pancréatiques.

- Les dilatations des voies biliaires.

- Les problèmes posés par les oddites découvertes au cours d'une cholecystectomie (21 observations)

- Les problèmes posés par les oddites résiduelles (2 observations).

- Les dilatations canalaires

- Leur place actuelle dans le syndrome post cholecystectomie.

- Nature et prévention.

- Traitement.

Nous n'avons pas fait entrer dans ce chapitre les interventions itératives après cholecystectomie de seconde main. Nous ne faisons que citer chez des cholecystectomisés personnels 2 interventions itératives pour ictères dont le mécanisme ne put-être établi que par les constatations chirurgicales et histologiques et qui étaient une hépatite et une cirrhose biliaire primitive.

GENERALITES

Ces interventions biliaires itératives pour diverses qu'elles soient et pour complexes qu'apparaissent les solutions thérapeutiques qu'elles doivent apporter, offrent néanmoins un certain nombre de caractères communs :

1 - Leur indication est portée devant une séméiologie assez simple et univoque constituée d'un syndrome cholédocien plus ou moins typique, plus ou moins complet mais dont l'identification éclairée par les anamnestiques ne pose guère de difficulté.

2 - Si l'on excepte les interventions pour mécanismes pathologiques créés par la cholecystectomie, leur principe est de reprendre l'intervention première là où l'avait laissé prématurément le geste opératoire incomplet et de le mener à terme. Cela suppose donc :

a) - de comprendre ce qui n'avait pas été compris, cette compréhension se trouve d'ailleurs souvent éclairée par l'échec lui même et par l'évolution du processus anatomopathologique méconnu.

b) - de traiter cette lésion méconnue, ce traitement peut-être exactement celui qui aurait dû être fait lors de la 1ère intervention; plus souvent l'évolution anatomopathologique (sténose, dilatation canalaire, précipitations lithiasiques) a modifié plus ou moins le problème thérapeutique, pour le compliquer ou pour le simplifier.

3 - Leur exécution se heurte à des difficultés techniques qui peuvent être considérables et qui commencent lors du choix même de l'incision. Ces difficultés sont très variées et très variables mais elles ont en commun :

a) - la dissection des adhérences d'origine pathologique et d'origine opératoire. Les réactions péritonéales sont plus ou moins serrées, plus ou moins opaques, plus

ou moins étendues; certaines sont stériles d'autres septiques et compliquées de trajets fistuleux ou d'abcès. Leur libération demande de la patience et un contrôle constant des suintements hémorragiques.

b) - la découverte et l'identification de la voie biliaire principale en l'absence de la vésicule. La vésicule est à la voie biliaire le guide si sûr et si simple que lorsqu'il n'existe plus, il faut encore l'utiliser; nous voulons dire par là qu'en l'absence de vésicule le guide devient l'empreinte de cette vésicule toujours visible à la face inférieure du foie. La recherche de la voie biliaire est donc un parcours dont les jalons sont : le foie, son bord inférieur, l'échancrure vésiculaire, le lit hépatique. La descente de ce lit conduit sûrement et parfois très vite à la voie biliaire principale que la dilatation peut rendre plus superficielle que l'on ne le croit.

L'identification du canal biliaire peut-être facilité par la présence du fil de ligature cystique, elle est confirmée par ponction.

c) - leur pronostic est réservé et leur avenir incertain.

C'est une chirurgie grave : mauvais terrain, difficultés opératoires, danger des complications pancréatiques, hépatiques, rénales, infectieuses, hémorragiques, tout ceci explique une mortalité que s'accordent à reconnaître les statistiques mêmes actuelles :

<u>AUTEURS</u>	<u>NOMBRE D'OPERES</u>	<u>MORTALITE</u>
EDELMAN 1968	13	6%
GLENN 1968	138	4,3%
HEPP 1969	100	6%
HOUDARD 1968	17	6%

LAGACHE 1968	32	4%
LORTAT - JACOB 1968	16	6%
MAILLET 1974 (Thèse Boulez)	130	7%
MOUCHET 1968	35	6%
ROUX 1968	100	5%
SALEMBIER 1968	100	5%
MELEY 1975 (Thèse Cuisenier)	93	7,7%

C'est aussi une chirurgie dont le succès initial peut-être remis en question; à plus ou moins bref délai, parfois très tardivement, d'autres opérés vont disparaître. Certains mourront de la reprise évolutive de la maladie biliaire avec sa marche vers l'angiocholite, la septicémie, les complications néphrologiques; sa marche aussi vers la cirrhose biliaire, l'hypertension portale, la défaillance hépatocellulaire. D'autres succomberont à la pathologie propre de la chirurgie qui a voulu les sauver et que dominent les sténoses anastomotiques. D'autres enfin mourront au cours ou à la suite de nouvelles interventions de plus en plus difficiles. Les survivants se féliciteront donc et ils auront raison s'ils ont un excellent ou un bon résultat; ils auront encore raison s'ils ne conservent que quelques infirmités pariétales ou des troubles digestifs mineurs; leur avenir restera par contre bien incertain s'ils présentent encore quelques manifestations angiocholitiques ou si ils conservent la menace latente d'une dilatation permanente de la voie biliaire principale.

Ainsi bien apparaît-il que la pathologie biliaire se prête plus mal qu'une autre aux interventions itératives et que tout doit être fait pour en résoudre d'emblée et entièrement les problèmes.

Il n'en reste pas moins que ce chapitre difficile est aussi l'un des plus passionnants de la chirurgie biliaire et cela par sa gravité même, par la complexité surtout des questions physiopathologiques qu'il doit d'abord comprendre, par les difficultés techniques qu'il doit ensuite impérativement résoudre.

I - LES STENOSES DE LA VOIE BILIAIRE

PRINCIPALE SECONDAIRES A UNE BLESSURE OPERATOIRE

Nous en rapportons 2 observations :

Observation n° 234 :

Femme de 64 ans, opérée le 14/08/65 (Dr. DEVIC). Cholecystectomie pour cholecystite lithiasique aiguë à entérocoques et colibacilles : La dissection du pédicule cystique, plus précisément de l'artère cystique, entraîne une blessure biliaire. Cette blessure est reconnue de suite; elle intéresse le canal hépatique; c'est une blessure grave avec interruption presque complète de la continuité; c'est surtout la plaie d'une voie biliaire ni dilatée ni épaissie mais prise dans une pédiculite scléroinflammatoire hémorragique. Les conditions locales défavorables ne permettent pas une réimplantation, mais seulement une reconstitution difficile par suture bout à bout sur un drain de Kher; par ce drain une exploration manométrique et radiologique peut cependant établir que la voie biliaire est libre et atone. Ce même drain permettra dans les suites opératoires de confirmer radiologiquement que la plaie a bien intéressé le canal hépatique lui-même et que la convergence est intacte (convergence de type étagé à trois branches).

Le drain de Kher est retiré sans incident après 6 semaines; guérison apparente de 6 mois.

Le 10/01/68 crise cholédocienne typique récidivée le 12/02/68, ces deux épisodes sont traités médicalement, ils sont en effet fugitifs et paraissent bénins en eux-mêmes; nous estimons surtout qu'en l'absence de fistule biliaire le temps travaillera à dilater et à épaissir un canal biliaire que nous avons trouvé fin.

En mai 1966 une crise plus sévère prouve cependant que la maladie évolue et que l'heure de la chirurgie ne saurait être trop différée; aussi bien, et après qu'une cholangiographie ait apporté l'image d'une dilatation canalaire la réintervention est elle décidée.

Le 28/05/66 laparotomie médiane itérative. Le foie est sensiblement normal et ne présente que des "lésions histologiques modérées de portite inflammatoire" (Pr. VAUZELLE)

Le lit vésiculaire est assez facilement retrouvé mais la découverte de la voie biliaire est compliquée par les restes d'une fistulette borgne : la dissection patiente permet cependant un bilan précis des lésions :

- le segment sus-strictural exploré par ponction et injection de liquide opaque est dilaté et cette dilatation intéresse l'ensemble des voies intra-hépatiques qui forment un vaste lac biliaire; le canal hépatique lui-même

dilaté à 15 mm offre un cul sac propice à la suture; la bile est stérile; il n'y a pas de calcul.

- le segment sous-strictural enferme un gros flocon de mucus mais il est libre et non dilaté.

- la sténose est formée par un bloc fibreux haut d'environ 10mm la lumière est très réduite 1 mm environ et tortueuse.

- la résection du callus fibreux entraîne une interruption complète de la continuité biliaire. Le bout inférieur est fermé par suture; le bout supérieur est implanté dans une anse jéjunale longue de 50 cm montée en Y. Les suites opératoires sont simples et en Août 73 nous avons de bonnes nouvelles de cette opérée.

Observation n° 338 :

Homme de 28 ans, opéré le 01/02/69 (Dr. DEVIC). Cholecystite lithiasique scléroatrophique stérile. Cholecystectomie difficile chez un obèse au thorax large, au foie haut refoulé par la masse viscérale, le parenchyme hépatique est le siège de "lésions de précirrhose éthylique" (Pr. VAUZELLE).

En voulant lier et couper l'artère cystique c'est le canal hépatique lui même qui est coupé. La blessure est immédiatement repérée : une injection lipiodolée par un cathéter transcystique précise que la plaie est bien située sur le canal hépatique lui même et que le cholédoque est libre. Par le moignon cystique dilaté un drain de kher

introduit dont la branche supérieure sert de tuteur à une suture bout à bout ; cette suture est réalisée dans des conditions difficiles sur une voie biliaire ni dilatée ni épaissie.

Fermeture pariétale sur un drain sous-hépatique. Les suites sont immédiatement troublées par un cholépéritoine qui nécessite une reprise au 2° jour. Dès lors les suites sont favorables et le drain de kher est enlevé sans incident après 1 mois. Guérison apparente de 5 Mois.

En août 69 épisode ictérique bref sans douleur et sans température. Une cholangiographie montre une image interprétée comme un empierrement du canal hépatique et qui se révélera en fait celle d'une calcification pariétale cicatricielle. Dans ces conditions, et les épreuves humorales montrant la persistance d'une élévation des phosphatases alcalines, on estime que l'heure de la réintervention est arrivée.

Le 23/09/69 longue laparotomie médiane itérative; adhérences très serrées dont la libération est laborieuse. Le foie présente toujours les mêmes signes de précirrhose mais aussi une cholostase très sévère avec thrombi et lacs biliaires, signes de souffrance hépatocellulaire et

réaction lymphomonocytaire des espaces porte (Pr. VAUZELLE). La dissection du lit vésiculaire conduit très rapidement à la voie biliaire étranglée par un callus fibreux, le cholédoque sous-strictural est épaissi mais de calibre normal, sans lithiasse secondaire.

La ponction de l'hépatique retire une bile jaune d'or et stérile. L'injection d'une substance iodée hydrosoluble dessine une très importante dilatation de l'ensemble des voies biliaires intrahépatiques et précise que la convergence n'a pas été intéressée, qu'elle est de type modal, que le canal hépatique forme un cul de sac court mais large. Ce cul de sac est disséqué soigneusement, puis la sténose est ouverte et réséquée; ce rétrécissement en forme d'entonnoir admet à peine le bout d'une pince de Leriche.

Fermeture du cholédoque par suture, implantation termino-latérale de l'hépatique sur une anse jéjunale montée en Y ; deux drains aspiratifs soushépatiques, fermeture pariétale. Suites simples. Guérison confirmée en août 1973.

COMMENTAIRES

Ces 2 observations ne constituent pas la totalité des cas de blessure opératoire de la voie biliaire principale. Au chapitre de la morbidité nous en avons rapporté deux autres; ils s'agissait cependant de plaies latérales, de suites reconnues, réparées correctement par suture; qui ne compliquèrent que peu les suites immédiates, et ne compromirent pas l'avenir.

Ces 2 observations présentes relatent au contraire des blessures graves avec interruption complète ou presque complète de la continuité canalaire; imparfaitement réparées elles ont évoluées vers la sténose secondaire. Ce type de faute opératoire est rare et nous ne l'avons commis que deux fois sur 1000 cholecystectomies.

Il s'est agit dans les 2 cas de blessure du canal hépatique. A lire les observations publiées il semble que se soit précisément la blessure type des cholecystectomies difficiles avec pédiculite scléroinflammatoire; le canal est menacé de déchirure, de ligature ou de sections lors des temps de dissection, de ligature et de section de l'artère cystique.

La blessure du confluent s'observe plutôt avec un pédicule souple permettant à la voie principale d'accompagner en V le cystique attiré par l'opérateur.

Les plaies du cholédoque ne sont pas fournies par la chirurgie de la vésicule. Ces deux plaies ont laissé intacte la convergence.

Elles furent des sections complètes ou presque complètes mais sans perte de substance, sans résection, sans lésions multiples, sans atteinte artérielle associée.

Elles ont intéressées une voie biliaire qui n'était pas dilatée et dont les parois n'étaient pas épaissies, dans les 2 cas le canal biliaire était enserré dans une pédiculite assez opaque, inflammatoire et hémorragique.

Elles furent enfin reconnues de suite, toute précision pu-être apportée sur l'état de l'ensemble de l'arbre biliaire. Cela étant posé que fallait-il faire ?

Les conditions régionales furent jugées trop défavorables pour permettre une réimplantation hépatico-duodénale ou iléale qui eut été la bonne solution.

La reconstitution bout à bout entreprise dans des conditions difficiles fut imparfaite; la présence d'un drain de kher tuteur dont la branche verticale sortant par la plaie elle-même ou par un autre orifice ne permit pas d'éviter la sténose secondaire; peut-être ces drains ne furent-ils pas laissés assez longtemps.

Aurait-il été préférable de lier purement et simplement le bout supérieur?

C'est possible. L'objectif est en effet d'obtenir une dilatation, un épaissement pariétal qui sont les conditions de succès d'une future anastomose; or une ligature permet semble-t-il d'atteindre cet objectif dans

un délai assez bref pour être tolérée par le parenchyme hépatique puisqu'en l'absence de fistule ou de dérivation externe il ne dépasserait pas 3 semaines à 1 mois, c'est cependant une décision difficile.

Dans nos deux observations la réparation sur drain de kher a peut-être été une solution psychologique de facilité car elle laissait place quand même à la chance ou à l'illusion d'une guérison; il faut cependant reconnaître que si l'espoir en fut trompé, cette reconstruction n'a pas compromis l'avenir et ne s'est pas opposée, comme l'aurait fait une dérivation externe prolongée, à la dilatation canalaire; elle a permis au contraire, sous le masque d'une guérison apparente, d'attendre que murissent les lésions.

C'est cette attente d'une dilatation canalaire, ce refus d'une réintervention précipitée, qui permet une guérison stable par anastomose.

II - LES LITHIASES DU CHOLEDOQUE APRES CHOLECYSTECTOMIE

A) - Les données classiques.

Longtemps obscures furent les discussions engagées autour de l'origine des calculs trouvés dans le cholédoque après cholecystectomie.

Elles étaient en effet sous tendues par des conceptions théoriques qui à partir de faits mal contrôlés avaient perdues le contact de la réalité; une fois encore se répétait l'histoire d'Anthée et le mythe était d'autant plus dangereux qu'un grand nom, celui d'Oddi, en était le garant.

Sur des bases expérimentales insuffisantes, cet auteur estimait avoir établi que l'amputation vésiculaire par elle même déclenchait par la mise en jeu d'un spasme sphinctérien, la dilatation des voies biliaires afin que soit rétablie une fonction de stockage, au cholédoque "réservoir" s'appliquait alors et fort justement la pathologie lithiasique de la vésicule: les calculs de la voie biliaire principale étaient donc des calculs autochtones créés par la cholecystectomie.

B) - Evolution des idées et leur aspect actuel

Morte la philosophie et son finalisme, les idées purent s'éclaircir. Ces calculs peuvent avoir deux origines :

- origine vésiculaire, et ils étaient déjà en situation cholédocienne lors de la cholecystectomie.

- origine canalaire et ils se sont formés après la cholecystectomie.

Dans le 1° cas l'opérateur a laissé en place un calcul cholédocien, dans le 2° cas l'opérateur a laissé en place un facteur lithogène. L'intérêt de la question s'est aussi trouvé déplacé : il se concentre plus sur la distinction entre calculs résiduels et calculs récidivés; peu sur les

calculs résiduels qui ne posent que des problèmes de technique opératoire; peu également sur les calculs récidivés qui paraissent un phénomène contingent et sans grande importance; l'intérêt se concentre sur la compréhension des dispositifs anatomopathologiques et physiopathologiques de stase biliaire facteurs d'angiocholite et éventuellement de précipitation lithiasique.

III - LES CALCULS RESIDUELS

a) - Comment les reconnaître ?

Reconnaître la nature vésiculaire et résiduelle d'un calcul cholédocien et le distinguer d'un calcul récidivé dont la nature est si différente peut donc sembler fort simple.

En pratique ce diagnostic n'est pas sans poser quelques difficultés. Notre expérience personnelle nous a convaincu que l'essentiel était l'analyse précise des données opératoires et particulièrement des documents radiographiques lors de la cholecystectomie.

Si l'on ne dispose pas de tels renseignements, le diagnostic peut-être établi par :

- la nature du ou des calculs en sachant qu'un calcul polyédrique ou un calcul mûriforme ne peut-être formé que dans la vésicule; que les calculs cholédociens autochtones sont des concrétions noirâtres molles ou friables, moulées par le canal plus ou moins dilaté en forme de cigare ou de bout de cigare ou de "cachou", en sachant aussi rechercher dans ces calculs effrités une âme dure vésiculaire.

- l'absence à la réintervention de dispositif anatomopathologique de stase biliaire sur la voie principale en se rappelant cependant que la découverte d'un tel dispositif n'est pas toujours chose facile et que d'autre part un calcul oublié peut créer par irritation et infection sténose et dilatation et prendre ainsi le masque d'une concrétion secondaire.

- une fistule biliaire ou un écoulement biliaire prolongé troublant les suites de la cholecystectomie est un argument de valeur en faveur d'un calcul oublié ou plus exactement en faveur de la nature oubliée d'un calcul cholédocien.

- il en va de même pour les récidives précoces et il semble bien qu'un calcul autochtone demande 2 à 3 mois pour se constituer.

- une guérison apparente prolongée n'a par contre pas de signification précise: un calcul laissé dans le cholédoque peut se manifester de suite; il peut aussi rester muet pendant des années et probablement toujours.

BOULEY rapporte dans sa thèse un cas de MAILLET avec une tolérance de 16 ans; MELEY dans la thèse de CUISENIER, observé des délais de 2 mois à 27 ans avec sur 35 cas une moyenne arithmétique de 6 ans.

b) - Quelle est leur fréquence ?

Ces critères ont permis de reconnaître la place numériquement importante qu'occupaient encore actuellement les calculs résiduels en chirurgie biliaire itérative (cf tableau ci-après).

Dans la statistique que nous analysons nous rapportons deux observations de calculs résiduels.

Ce chiffre de 2‰ peut à première vue sembler infime, et le risque de méconnaître un calcul cholédocien paraître ainsi bien modeste. En fait cet optimisme doit-être corrigé : d'une part certains calculs oubliés sont peut-être actuellement ignorés, d'autre part même si cette hypothèse se révèle inexacte il faut considérer que sur 1000 opérés 55 exactement cachaient au moment de la cholecystectomie un calcul cholédocien; 53 de ces lithiases furent découvertes par l'exploration systématique de la voie biliaire principale, 2 échappèrent à cette exploration.

Le risque de méconnaître un calcul cholédocien en chirurgie vésiculaire fut donc bien pour nous de 2‰ chiffre honorable et proche de ceux avancés par ROUX (4‰) ou ARIANOFF (3‰). Les chances pour un calcul cholédocien latent de nous échapper furent par contre de 3,6‰. Le risque reste donc réel.

AUTEURS	NBRE de cas	CALCULS Restés	CALCULS Récidivés	% CALCULS Oubliés
HEPP 1968	100	94	6	94%
EDELMAN 1968	17	13	4	77%
MOUCHET 1968	35	27	8	77%
JUVARA 1969	52	41	11	80%
MALLET GUY 1970	148	78	70	53%
SALEMBIER 1973	93	81	12	88%
ARIANOFF 1973	114	90	24	70%
YVERGNEAUX 1974	26	16	10	62%
MELEY 1975 (thèse CUISENIER)	54	35	19	65%

Répartition entre calculs restés et calculs récidivés lors de réinterventions pour lithiases cholédociennes.

c) - Pourquoi oublie-t-on des calculs cholédociens ?

Nous ne voulons pas parler du principe de l'exploration systématique de la voie biliaire principale au cours de toute cholecystectomie: un tel langage 45 ans après la 1° exploration radiologique de MIRIZZI 33 après le début des travaux de MALLET GUY sur le contrôle manométrique et radiologique peropératoire 36 après ceux de CAROLI sur la radiomanométrie, paraîtrait sans doute naïf.... même outre atlantique..... du moins peut-être. Mais pourquoi avec les méthodes et les techniques actuelles certains calculs échappent-ils à la vigilance du chirurgien?. Pour nous voici :

Observation n° 165 (Dr. DEBOUVRY) :

Dans cette observation, qui date d'une époque où nous ne disposions pas de la radioscopie opératoire, la présence d'un calcul sur le cliché radiographique parut assez certaine pour conduire à une papillectomie de nécessité. Cela veut dire que le contrôle radiographique avait rempli sa mission mais que l'abord inférieur du cholédoque si séduisant soit la vue qu'il offre sur la partie terminale du canal, si propice soit-il à une exploration instrumentale directe dans l'axe, cet abord ne met pas forcément à l'abri d'une erreur; que son autorité est cependant suffisante pour abuser l'opérateur qui, comme se fut le cas, rejète l'interprétation première et exacte de la radiographie.

Observation n° 706 (Dr. GARDE) :

Ici le calcul cholédocien était à priori peu vraisemblable, et le compte rendu opératoire fait état d'un pycholecyste sur calcul unique; il s'est trouvé d'autre part que l'image radiologique était précisément d'interprétation difficile.

Aussi bien la méconnaissance d'un calcul cholédocien n'est pas une faillite de la méthode d'exploration, elle est le fait, un certain jour, d'une ou plusieurs fautes :

- installation matérielle insuffisante ou en panne.
- entorse à la technique très précise des épreuves d'exploration.
- paresse d'esprit qui engage à se satisfaire d'examen incomplets ou incorrects ou médiocres.
- idées préconçues qui aveuglent.

C'est à des conclusions très voisines que parviennent d'autres auteurs. GERMAIN étudiant 22 cas de lithiases résiduelles ou récidivées sur 610 interventions pour lithiase biliaire met en cause l'absence de contrôles radiologiques peropératoires (une femme enceinte, une panne de matériel, des interventions dites de sauvetage) ou, si l'examen est fait, la qualité médiocre des clichés ou leur mauvaise interprétation.

Dans une étude portant sur 537 lithiases biliaires, EDELMAN relève les causes d'oubli suivantes :

- absence de contrôle radiologique peropératoire (3 cas) clichés de mauvaise qualité (1 cas) image illisible, le bas cholédoque étant caché par un drain de kher (1 cas), mauvaise étude d'une radio correcte (1 cas).

d) - Comment traiter ces calculs résiduels ?

Dans les cas les plus favorables l'ablation pure et simple du calcul peut résumer toute la thérapeutique.

Tout se passe comme s'il s'était agi d'une seule et même opération réalisée en 2 temps qu'un intervalle fort long peut séparer.

L'observation n° 165 en une bonne illustration :

- 1° temps opératoire arrêté prématurément avant l'extraction du calcul cholédocien - intervalle de 18 mois .

- 2° temps : extraction du calcul et de quelques concrétions secondaires par cholédocotomie et papillotomie de nécessité; choledocotomie idéale.

Plus habituellement cependant le corps étranger cholédocien crée à la longue des conditions anatomopathologiques nouvelles qui nécessitent par elles-mêmes un geste thérapeutique propre. Calcul muet ne veut pas dire calcul inoffensif.

Dans l'observation n° 706 après une période

de latence de 6 ans l'arbre biliaire tout entier et le parenchyme hépatique souffraient de toute évidence : dilatation canalaire, cholédocite inférieure, lésions hépatiques majeures de cholestase et de portite. Ces conditions nouvelles engagèrent à établir une anastomose cholédocoduodénale.

Nous n'avons pas dépouillé les observations des interventions itératives pour lithiases résiduelles de seconde main de la clinique de Sainte Colombe. Pour illustrer cependant la diversité des conditions anatomopathologiques et la gravité éventuelle de cette chirurgie itérative voici les interventions pratiquées et les résultats obtenus par quelques auteurs ayant de cette discipline une grande expérience

1) - Nature des interventions

- MALLET GUY : 78 calculs oubliés, extirpation simple 2 fois sur 3, extirpation plus cholédocoduodénostomie du fait de dilatation cholédocienne 1/3 (27 cas).
- MELEY : 1 extraction transcystique avec drainage transcystique.
7 sphinctérotomies (dont 3 de nécessité) avec drain de kher
8 cholédocotomies plus drain de kher
19 anastomoses bilio-digestives dont 17 cholédocoduodénales et 2 cholédocojéjunales.
- ARIANOFF : sur 102 cas :
48 sphinctérotomies
27 anastomoses bilio-digestives
13 drainages externes
7 cholédocotomies idéales
6 sphinctérotomies avec anastomose bilio-digestive.
- MAILLET : sur 30 cas :
22 anastomoses toutes duodénales (21 cholédociennes et 1 hépatique).
4 cholédocotomies avec drain de kher.
4 sphinctérotomies avec drain de kher

2) - Mortalité opératoire

- HEPP : 6% sur 100 interventions itératives pour lithiases résiduelles.
- ARIANOFF : 2% sur 102 cas.
- ROUX : 11% sur 40 cas.
- JUVARA : 6% sur 52 cas.
- MAILLET : 3% sur 30 cas.

3) - Qualité des résultats

- MAILLET : 21 bons et très bons (17 anastomoses cholédocoduodénales sur les 22 réalisées).
1 assez bon (à 3 ans sur anastomose cholédocoduodénale).
2 mauvais (1 cholédocotomie, 1 sphinctérotomie)
2 échecs avec 2 réinterventions itératives (1 anastomose cholédocoduodénale et 1 sphinctérotomie)
- ROUX : 29 bons résultats sur 36 lithiases résiduelles soit 80%
- HEPP : 35 bons résultats sur 45 lithiases résiduelles soit 76%
- MELEY : 22 bons résultats sur 25 malades (84%)
1 médiocre et 2 échecs.

e) - Nous citerons, pour terminer ce chapitre, nos deux observations de calculs oubliés :

Observation n° 165 :

Femme de 50 ans, opérée le 19/02/62

(Dr. DEBOUVRY).

Cholecystectomie pour microlithiase; vésicule stérile; cystique libre. Le compte rendu opératoire fait état du doute du chirurgien qui croit voir une image lacunaire de la taille d'une tête d'épingle de verre dans le bas cholédoque.

en dépit d'une pression d'écoulement normal le doute est suffisant pour que soit décidée une papillotomie transduodénale, celle-ci ne découvrant pas d'obstacle. L'image est qualifiée d'artefact, guérison apparente de 18 mois. En juillet 63, épisode cholédocien avec fièvre et ictère qui dure peu mais récidive 15 jours plus tard.

Le 26/08/63 (Dr. DEVIC) Laparotomie

paramédiane transrectale droite itérative. Peu d'adhérences; découverte facile du lit vésiculaire puis de la voie biliaire principale; celle-ci a une paroi dépolie, un peu épaissie; elle est modérément dilatée à 12 mm. Le fil de lin de ligature du cystique est facilement retrouvé mais comme il n'existe aucun moignon c'est une choledocotomie qui est réalisée. La pince retire de suite une boue assez dense puis un calcul noirâtre et friable enfin un petit calcul qui, nettoyé, apparaît polyédrique. Par un drain de kher, une exploration lipiodolée est réalisée; elle dessine une image marécageuse du bas cholédoque. Duodénotomie itérative: le sphincter est souple et ne sera pas sectionné; l'ampoule de Vater contient effectivement des débris lithiasiques qui avaient échappés à la pince. Un nouveau contrôle confirme la liberté cholédocienne et précise que la pression d'écoulement s'établit à zéro. Aussi bien, devant ces conditions excellentes et la duodénotomie étant fermée, le drain de kher est-il enlevé, la choledocotomie suturée et la paroi refermée sur un drain aspiratif sous-hépatique. Suites très simples bonne guérison confirmée en Aout 1973.

Observation n° 706 :

Femme de 71 ans, opérée le 26/01/68 (Dr. GARDE). Cholecystectomie: pycholecyste sur calcul unique du bassinnet. L'exploration manométrique et radiologique semble établir la liberté de la voie biliaire principale. Suites opératoires banales, guérison apparente de 6 ans. Apparition pendant l'été 74 de quelques douleurs et d'une altération de l'état général sans rien de bien typique.

Le 01/09/74 ictère sans température et sans douleur mais avec gros foie, bilirubinémie à 80 mg phosphatases alcalines à 31 UKA, transaminases SGOT à 330 SGPT 200, prothrombine à 52 %, le dossier opératoire est examiné de nouveau, les radiographies semblent bien montrer un calculin du bas cholédoque situé juste au dessus d'un canal de Wirsung imprégné de lipiodol sur 5 cm. Le canal pancréatique qui recoupe la projection cholédocienne rend difficile l'interprétation du cliché que l'histoire actuelle éclaire.

Le 14/09/74 (Dr. DEVIC) Laparotomie médiane itérative; les adhérences sont assez lâches, le foie est énorme avec des "signes majeurs de cholestase; on est frappé par l'intensité de la surcharge qui se manifeste au niveau des hépatocytes et des cellules de Küpffer mais également à l'intérieur des capillicules dont les lumières sont parfois occupées par de véritables thrombi ramifiés en "bois de cerf"; les espaces portes contiennent des granulomes inflammatoires secondaires à l'obstruction chronique des voies biliaires" (Pr. VAUZELLE).

La dissection de la face inférieure du foie gênée par l'hépatomégalie conduit à une voie biliaire principale

blanchâtre épaissie dilatée à 15mm. Le fil de ligature du cystique est retrouvé et il existe un court moignon cystique non utilisable, choledocotomie, extraction de calculs du bas cholédoque; 3 de ces calculs sont mous et friables le 4° est dur.

Mise en place d'un drain de kher; courbes manométriques à 20 cm d'eau et image lipiodolée de cholédocyte inférieure sténosante. Cholédocoduodénostomie. Fermeture pariétale. Suites simples. Bonne guérison en octobre 1975.

IV - LES DISPOSITIFS RESIDUELS DE STASE BILIAIRE

Le chapitre des calculs résiduels paraît en fin de compte un peu "démodé" il concerne en effet un problème qui est théoriquement résolu sinon en pratique toujours dominé.

Les dispositifs résiduels de stase biliaire sont d'un intérêt beaucoup plus actuel; leur domaine n'est plus celui de la simple vigilance opératoire; il n'est plus celui des seules données objectives de l'exploration, il est aussi celui des idées, de celles que l'on peut se faire d'un rétrécissement canalaire ou d'une dilatation; de la nature et de la signification de ces dispositifs; de leur retentissement actuel sur l'écoulement de la veine liquide et du danger angiocholitique qu'ils représentent ; de leur avenir qui peut être très divers.

A ces questions les réponses que chacun de nous apporte sont fondées, évidemment sur les documents opératoires et leur précision mais aussi, et plus ou moins consciemment, sur notre formation chirurgicale première, sur notre culture, sur notre expérience et nos réflexions, sur notre tempérament aussi.

Pour une question embrouillée est-il plus délicate obscurité et plus belle promesse d'avenir !

Aussi bien le problème restant fondamental de la cholecystectomie est-il la connaissance de ces dispositifs de stase biliaire. Ces dispositifs se présentent comme des rétrécissements réels ou relatifs soit qu'il s'agisse de la diminution de calibre du bas cholédoque (essentiellement des oddites et plus accessoirement des cholédocites inférieures) ou de compression de ce cholédoque par nodules pancréatiques soit qu'il s'agisse de la dilatation de la voie biliaire en amont d'un cholédoque inférieur qui ne participe pas à cette dilatation.

A - Les dispositifs de stase par diminution du calibre ou par compression du bas cholédoque.

1) - Les cholédocytes inférieures

Nous avons rencontré de telles cholédocytes en chirurgie de la lithiase du cholédoque; nous pensons que leur importance est grande puisque sur une statistique de 220 cas nous les avons tenues pour responsables de 4 échecs sur 9.

Par contre nous ne pensons pas avoir trouvé d'association : maladie vésiculaire, cholédocyte inférieure sans lithiase cholédocienne.

2) - Les pancréatites

Nous ne voulons pas parler ici des pancréatites aiguës sténosantes, ni de l'évolution sténosante de ces pancréatites aiguës, ni des occlusions vatriennes aiguës avec drame pancréatique.

Nous ne voulons pas parler non plus des pancréatites chroniques sténosantes avec dilatation cholédocienne.

Nous ne parlerons pas plus d'un cas fort curieux d'ilot pancréatique hétérotopique vatrien obstructif.

Ces cas n'entrent pas dans le cadre actuel de notre travail. Nous voulons parler d'une façon précise de certains nodules situés dans la tête du pancréas, au contact du cholédoque; ces noyaux ne sont pas trouvés par l'exploration manuelle mais ils sont retrouvés par elle; ils ne sont pas décelés par l'épreuve manométrique car ils n'ont pas de valeur sténosante actuelle; ils se trahissent par l'empreinte radiologique qu'ils marquent sur le bord gauche de l'image cholédocienne dessinant un rétrécissement plus ou moins long et plus ou moins étroit excentré à droite; ils ne dilatent pas en amont la voie biliaire.

Ce type bien précis de lésion a été

rencontré sans 2,5% des cholecystectomies simples.

Tout en sachant qu'il n'est pas impossible (cf. thèse BOULEY), qu'un jour ou l'autre un tel nodule se révèle par la suite comme un cancer incipiens, nous les avons interprétées comme étant une réaction inflammatoire lymphangitique, une atteinte du tissu conjonctif du pancréas plutôt qu'une pancréatite au sens parenchymateux du terme.

Nous avons donc pensé qu'il s'agissait d'une lésion satellite de la maladie vésiculaire même si la démonstration bactériologique de l'infection vésiculaire ne fut pas apportée comme ce fut le cas 8 fois sur 10. Nous nous sommes contentés d'ajouter à la cholecystectomie un drainage transcystique; nous n'avons pas eu à regretter cette position et tout s'est passé comme si l'éradication du foyer vésiculaire avait entraîné la guérison du nodule pancréatique.

Le problème est différent si le noyau céphalique est sténosant qu'il soit associé à une pancréatite plus diffuse ou même qu'il soit isolé; nous voulons dire par là que si nous enregistrons des courbes de pression stabilisées au delà des limites de la normale et si la radiologie nous montre une dilatation de la voie biliaire principale à plus de 10mm (diamètre luminal mesuré sur le cliché après correction de l'agrandissement), dans ces cas nous avons établi une dérivation interne (cholédoco ou cysticoduodénostomie selon l'état de dilatation et d'utilisation des voies biliaires)

Nous ne parlerons pas davantage de ces maladies car nous les rangeons dans les pancréatites; nous ne pouvions cependant les passer complètement sous silence.

3) - Les oddites

Les oddites résument donc en pratique les dispositifs de stase biliaire par rétrécissement du cholédoque inférieur. Dans le cadre précis de la pathologie vésiculaire sans lithias cholédocienne les lésions sphinctériennes scléreuses authentiques sont cependant rares. En ne retenant

que les cas organiques ou que nous avons jugés tels, nous arrivons à un total de 23 soit 2,3%. Debelut sur 1700 interventions biliaires diverses en compte 52 soit 3%.

L'oddite apparait au chirurgien qui la découvre comme un état physiopathologique. En préciser le support et faire la part du trouble dystonique et de la lésion organique est un premier et difficile problème.

L'oddite est saisie d'autre part comme un trouble actuel et en avoir une connaissance dans le temps est un 2° et plus difficile problème. Un état hypertonique peut être tenu pour un phénomène labile qui ne survivra pas à la suppression de l'épine irritative que constitue sans doute la maladie vésiculaire; il peut également persister se fixer et évoluer vers l'organicité. Un tel état de sclérose n'est pas résolutif; il peut néanmoins ne pas engendrer de dérèglement physiopathologique grave.

L'oddite réunit sous un même vocable des états divers à potentiel évolutif divers : trouble fonctionnel, lésion organique, manifestation résolutive, état fixé, maladie évolutive. Ainsi se trouve noué un problème fondamental : que faire en présence d'une oddite découverte au cours d'une cholecystectomie ? Ne rien faire de plus que la cholecystectomie, estimer que l'éradication du foyer vésiculaire suffira à guérir un état irritatif et résolutif, ou du moins que cet état s'il est organique restera non évolutif et bénin, ajouter au contraire à la cholecystectomie un geste thérapeutique propre à la lésion sphinctérienne et lequel?

Depuis les travaux initiaux de Delfor Del Valle introduit en Europe par Mallet Guy, la sphinctérotomie a connu un grand succès. Avec un décalage dans le temps qui est celui de la diffusion des techniques manométriques et radiologiques peropératoires, toutes les statistiques et quelque soit l'opinion actuelle de leurs auteurs, toutes ces statistiques dessinent cette vague d'enthousiasme.

Dépassant d'ailleurs le cadre qui nous occupe, celui du traitement de la maladie sténosante, la sphinctérotomie intéresse aussi celui des abords et des drainages de la voie biliaire principale. Certains chirurgiens et MALLET GUY notamment reconnurent cependant rapidement les dangers de la voie où ils s'étaient ainsi engagés et n'accordèrent à la sphinctérotomie que des indications restrictives et précises. L'expérience accumulée et surtout depuis ces 10 dernières années semble leur donner raison.

Sans doute GOINARD servi par une maîtrise exceptionnelle de la sphinctéroplastie peut-il faire état de 255 cas sans pancréatite aigue postopératoire mais avec cependant 6 décès. D'autres et la plupart sont moins heureux. BISMUTH et HEPP sur 2550 sphinctérectomies colligées trouvent 48 pancréatites aiguës postopératoires authentifiées par une réintervention ou une nécropsie (1,9%) chiffre donc certainement inférieur à la réalité, BOULEY dans sa thèse apporte le tableau suivant :

<u>AUTEUR</u>	<u>SPHINCTEROTOMIES</u>	<u>PANCREATITES AIGUES</u>	<u>DECES</u>
ARIANOFF	244	2	2
HEPP	396	6	6
HIVET	340	4	4
JONES	284	6	3
LATASTE	250	4	4
MOUCHET	180	6	4
OLIVIER	87	6	4
ROUX	148	4	3
MAILLET	188	6	3

Il apparait donc que le geste indiscutablement grave qu'est la sphinctérotomie ne peut trouver de justification que s'il est nécessaire et efficace; or SALEMBIER étudiant comparativement 2 séries d'oddites traitées par sphinctérotomie ou sans sphinctérotomie aboutit à des conclusions troublantes:

le premier lot de 76 sphinctérotomies fournit 6 pancréatites aiguës mortelles et 75% de bons résultats.

le deuxième lot de 36 oddites non sphinctérotomisées groupe 88% de bons résultats et n'a pas de mortalité. Ainsi donc :

a) - Un nombre important d'oddite évolue favorablement sans autre traitement que la cholecystectomie.

b) - Un nombre non négligeable de sphinctérotomies ne remplit pas le rôle thérapeutique espéré soit que la section ait été trop timide, soit que le processus de sclérose ait reproduit sur le bas cholédoque un nouveau dispositif de sténose, soit que la maladie dystonique biliaire soit plus générale, soit que le trouble intéresse aussi le système canalaire pancréatique responsable de douleurs persistantes.

Aussi bien l'opinion chirurgicale actuelle est elle devenue dans son ensemble moins favorable à la sphinctérotomie estimant comme l'a écrit Hepp "que méconnaître une petite lésion oddienne est, tout compte fait, moins grave que de pratiquer des sphinctérotomies abusives".

Que faire ?

Il n'en demeure pas moins que la question reste à débattre, que de toutes façons la "non sphinctérotomie" selon l'excellente expression de Salembier et, si sage soit-elle souvent, ne prétend résoudre ni l'ensemble du problème ni aux mieux chaque cas particulier. Que pouvons nous verser dans ce débat ? Notre expérience est la suivante :

- 21 oddites découvertes au cours de la cholecystectomie furent estimées organiques et sévères, elles furent traitées :

. 19 fois par sphinctérotomie avec une mort par pancréatite aiguë, un échec avec récurrence de la sclérose sténosante ayant nécessité une choléduodénostomie secondaire, 17 bons résultats avec recul moyen de 4,5 ans, 1'un de ces résultats fut acquis après des suites fort troublées

(abcès sous-phrénique), 2 fois par cholédocoduodénostomie avec résultats favorables après 10 mois.

- 2 oddites furent méconnues alors qu'elles existaient au moment de la cholecystectomie et durent être réopérées

En regard de ces 21 oddites nous trouvons aussi 6 papillotomies blanches, abusives, découvrant à la place de la sténose sphinctérienne attendue ou à la place d'un calcul supposé un oedème de la papille ou un sphincter sain?

Ces 6 papillotomies donneront une pancréatite aigue mortelle (cf. tableau ci-joint).

De cette expérience nous avons tiré des conclusions assez précises :

- la sphinctérotomie et aussi la papillotomie sont des gestes graves , 2 morts par pancréatites aigues et 1 abcès sous-phrénique pour 19 sphinctérotomies et 6 papillotomies entreprises en dehors du cadre de la lithiase cholédocienne.

- la sphinctérotomie peut ne pas remplir le but assigné, 1 échec (nous pratiquons il est vrai une section limitée au sphincter commun).

La "non sphinctérotomie" a ses limites et elle nous a fourni 2 échecs.

- L'indication de la sphinctérotomie ou de la "non sphinctérotomie" dépend donc de la réponse que l'on peut apporter à cette question : existe-t-il ou non des critères permettant d'apprécier avec certitude l'organicité la gravité actuelle, l'évolutivité d'une oddite?

C'est bien là le noeud du problème, noeud ambrouillé que l'on peut être amené à trancher alors que l'on voudrait toujours le délier.

Les chirurgiens s'accordent en un point:

N° obs	sexe âge	Les arguments qui ont été retenus en faveur de la duodénotomie	Les arguments qui étaient contre le diagnostic d'oddite	Résultat Diagnostic
87	F 54	Episodes ictériques antérieurs dont un récent P à 22 cm en fait à 7,5 erreur	pression à 7,5, pas de dilatation cholédocienne ni dyskinésie	Papillotomie blanche Suites simples
402	F 73	Episode ictérique récent P à 15 cm, VBP dilatée à 16 mm	Pas de dyskinésie	oedème de la papille, migration transcholédocienne probable, suites simples
472	F 68	P élevée à 17,5cm, VBP à 11mm, bas cholédoque mal visualisé, calculin possible	Passage duodénal lipiodolé assez facile sans signe de dyskinésie	sphincter souple, pas d'obstacle, suites simples guérison à 5 ans
484	F 60	Fausse image de calcul du bas cholédoque, VBP à 12mm	Pression normale	Papillotomie de doute blanche, guérison simple
739	F 47	Episode ictérique récent, VBP à 18 mm	Pression normale Pas de dyskinésie	Oedème de la papille après migration transcholédocienne d'un calcul vésiculaire
774	F 72	Phosphatases alcalines à 17,5 UKA, image du cholédoque inférieur de lecture difficile	pression normale à 7,5 VBP non dilatée à 9mm Pas de dyskinésie	Pancréatite aiguë mortelle vérifiée par réintervention

LES PAPILLOTOMIES BLANCHES (DR. DEVIC)

une donnée isolée si précise paraisse-t-elle, si évocatrice soit-elle d'une sclérose sphinctérienne, ne peut établir un diagnostic qui se fonde sur un ensemble d'arguments, chacun de ces arguments étant discutable .

Nous citerons ici les résumés de nos observations, ceci nous permettra de préciser nos positions sur les différentes données du problème :

+ oddites "non sphinctérotomisées"

Observation n° 170 :

Femme de 51 ans, absence d'ictère, bile vésiculaire aseptique, microlithiase, diamètre de la voie biliaire principale à 11 mm, pas de scopie, cholédoque mal visible sur la radio, "non sphinctérotomie", syndrome cholédocien 8 ans après, réintervention, bile cholédocienne septique, pression à 17,5, diamètre de la voie biliaire principale à 15; image radiologique assez typique, sphinctérotomie, guérison avec recul de 9 ans.

Observation n° 820 :

Femme de 71 ans, absence d'ictère, microlithiase, pression à 20, diamètre de la voie biliaire principale à 11, dyskinésie en scopie, pas d'image radiologique typique : "non sphinctérotomie". échec: ictère, réintervention pour oddite résiduelle, bile cholédocienne septique, voie biliaire principale à 15 mm, en scopie pas de passage duodénal, image radiologique de calcul du bas cholédoque et de sténose sphinctérienne. extraction du calcul secondaire, cholédocoduodénostomie, guérison recul de 6 mois.

+ oddites sphinctérotomisées :

Observation n° 146 :

Femme de 39 ans, absence d'ictère, bile vésiculaire stérile, microlithiase, pression à 20 cm, diamètre de la voie biliaire principale à 11 cm, pas de passage duodénal en scopie, image radiologique en U; sphinctérotomie, guérison avec recul de 10 ans.

Observation n° 158 :

Femme de 64 ans, absence d'ictère, bile vésiculaire septique, microlithiase, pression: 18 cm, voie biliaire principale à 10 mm, dyskinésie en radioscopie, image radiologique mal visible en raison d'un diverticule duodénal de la fenêtre. Sphinctérotomie. échec 4 ans après : ictère, bile cholédocienne septique, pression à 25, voie biliaire principale à 14 mm, passage duodénal très difficile en scopie, image radiologique: cholédocite inférieure, cholédocoduodénostomie, guérison, recul de 4 ans et demi.

Observation n° 168 :

Femme de 59 ans, absence d'ictère, bile vésiculaire stérile, macrolithiase, pression à 17 cm, voie biliaire principale à 5 mm, en scopie, dyskinésie avec long reflux dans un canal de Wirsung non dilaté, image radiologique peu typique en raison de l'état grêle des voies biliaires sphinctérotomie, guérison à 9 ans.

Observation n° 218 :

Femme de 74 ans, ictère, bile vésiculaire septique, macrolithiase, pression à 20 cm, voie biliaire principale à 14 mm, en scopie, dyskinésie, région sphinctérienne cachée par le duodénum sur le cliché radiologique, sphinctérotomie, pancréatite aiguë, exitus au 10^e jour.

Observation n° 235 :

Femme de 60 ans, absence d'ictère, bile vésiculaire septique, macrolithiase, pression à 20 cm, voie biliaire principale à 11 mm, en scopie dyskinésie marquéé par un reflux Wirsungien, image radiologique très typique sphinctérotomie, guérison à 5 ans.

Observation n° 254 :

Femme de 41 ans, absence d'ictère, bile vésiculaire stérile, macrolithiase, pression à 15 cm, voie biliaire principale à 14 mm, absence de passage duodénal en scopie, image radiologique en U. Sphinctérotomie, guérison à 5 ans.

Observation n° 388 :

Femme de 56 ans, ictère, bile vésiculaire stérile, macrolithiase, pression à 18 cm, voie biliaire principale à 11 mm, en scopie dyskinésie sans reflux dans le wirsung; image radiologique typique. Sphinctérotomie, guérison à 5 ans.

Observation n° 409 :

Femme de 70 ans, absence d'ictère, bile vésiculaire stérile, macrolithiase, pression à 19 cm, voie biliaire principale à 10 mm, en scopie dyskinésie sans reflux dans le wirsung, image radiologique assez typique; sphinctérotomie; suites biliaires simples mais décès d'un cancer colique.

Observation n° 439 :

Femme de 50 ans, absence d'ictère, bile vésiculaire stérile, microlithiase, pression à 30 cm, voie biliaire principale à 8 mm; absence de passage duodénal en scopie, image radiologique en U; sphinctérotomie, guérison à 5 ans mais cancer du sein actuel.

Observation n° 539 :

Femme de 33 ans, ictère, bile vésiculaire septique, microlithiase, pression à 21 cm, voie biliaire principale à 13 mm, dyskinésie en scopie, image radiologique assez typique; sphinctérotomie, guérison à 3 ans.

Observations n° 541 et 719 :

Femme de 38 ans, absence d'ictère, bile vésiculaire stérile, macrolithiase, voie biliaire principale à 14 mm, en scopie dyskinésie sans reflux wirsungien, image radiologique assez typique; sphinctérotomie plus un drain de kher, sténose secondaire de la cholédocotomie, intervention itérative : passage large par une papille normale en scopie et image radiologique normale, hépatico-jéjunostomie.

Observation n° 569 :

Femme de 49 ans, absence d'ictère, bile vésiculaire septique, microlithiase, pression à 25 cm, voie biliaire principale à 11 mm, en scopie : absence de passage duodénal, image radiologique en U; sphinctérotomie, guérison à 3 ans.

Observation n° 730 :

Femme de 44 ans, absence d'ictère, bile vésiculaire stérile, microlithiase, pression à 20 cm, voie biliaire principale à 11 mm, dyskinésie en scopie, image radiologique assez typique; sphinctérotomie, guérison à 1 an.

Observation n° 766 :

Femme de 60 ans, ictère, bile vésiculaire septique, macrolithiase, pression à 10 cm, voie biliaire principale à 12 mm, dyskinésie en scopie, image radiologique assez typique; sphinctérotomie, abcès sous-phrénique, guérison à 10 mois.

+ oddites traitées par dérivation interne

Observation n° 788 :

Femme de 54 ans, ictère, bile vésiculaire septique, microlithiase, pression à 19 cm, voie biliaire principale à 15 mm, en scopie dyskinésie, image radiologique en V, choledocoduodénostomie, guérison à 10 mois.

Observation n° 790:

Homme de 70 ans, absence d'ictère, bile vésiculaire septique, microlithiase, pression à 19, voie biliaire principale à 15 mm dyskinésie en scopie, image radiologique de mauvaise qualité, cholédocoduodénostomie, guérison à 10 mois.

Sur l'ensemble des sphinctérotomies il manque 3 observations du Dr. DEBOUVRY que nous ne citerons pas car elles sont incomplètes.

C'est sur l'étude conjointe des diverses données que se fait l'approche diagnostique en pathologie oddienne :

1) - Données cliniques

Salembier estime que des épisodes rétentionnels même fugaces sont un argument en faveur de la nature organique des lésions sphinctériennes, en faveur donc de la sphinctérotomie. Nous avons rencontré de tels épisodes ictériques dans les antécédents immédiats ou plus lointains de 5 de ces 19 malades. Ajoutons cependant que pour 6 papillotomies blanches de tels épisodes ont été 3 fois un des arguments invoqués pour ouvrir un duodénum; il s'agissait dans ces 3 cas d'accidents cholédociens par migration d'un petit calcul et c'est une papille oedémateuse que nous avons découvert.

2) - La nature des lésions vésiculaires

Salembier range également l'état infectieux de la vésicule et la microlithiase parmi les éléments qui doivent faire craindre la nature irréversible des lésions sphinctériennes. Nous avons observé effectivement une proportion anormale de lésions vésiculaires septiques (50% contre 34% pour l'ensemble de la statistique), de microlithiases (45% contre 27% pour l'ensemble de la statistique), de microlithiases infectées (22% contre 15,5% pour l'ensemble de la statistique).

Nous n'avons pas jusqu'à maintenant fait intervenir ces facteurs pour décider ou non d'une sphinctérotomie, peut être pourraient-ils fournir non un argument précis mais une indication générale.

3) - Les données manométriques

L'intérêt des données manométriques nous paraît dans l'ensemble sous estimé, comme est d'ailleurs sous estimée, d'une façon très générale, la valeur exploratrice de cette méthode. Nous pensons au contraire qu'une sténose qu'elle soit d'ailleurs sphinctérienne ou non, se traduit par une gêne à l'écoulement de la veine liquide et s'exprime au mieux par la mesure de cette gêne.

Par définition même il n'y a pas d'oddite sténosante sans élévation du niveau antérieur de la pression d'écoulement; il ne devrait pas y avoir de diagnostic d'oddite organique authentique sans une base manométrique. C'est d'ailleurs très exactement, à une exception près, ce que nous avons trouvé dans 16 contrôles valables (10.15.17.17.18.18.19.19.20.20.20.20.20.22.25.30.30.cm d'eau) Pourquoi cette exception et ce chiffre de 10 cm d'eau? Erreur de mesure ou non?

4) - Données pharmacologiques

L'épreuve manométrique explore et mesure une gêne à l'écoulement; elle ne fournit aucun renseignement sur la nature de cette gêne. Aussi bien cette mesure se couple-t-elle naturellement avec les épreuves pharmacologiques qui estiment apporter une réponse sur la nature fonctionnelle ou organique de l'obstacle relatif.

Nous sommes, comme chacun d'ailleurs, fidèles à ces épreuves (nitrite d'amyle ou infiltration novocaïnique du pneumogastrique à l'angulus ou les deux). Elles nous ont évité quelques duodénotomies, elles sont restées sans effet sur la courbe de pression des oddites rapportées ici.

5) - Données radioscopiques

Leur intérêt est évident. Elles permettent en effet de voir la veine liquide opaque arrivant au sphincter et la dynamique sphinctérienne; de voir en somme la maladie physiopathologique elle même; elles donnent de ce sphincter une infinité d'images permettant de saisir sa morphologie à ses diverses phases fonctionnelles. On peut regretter seulement le caractère fugitif de ces images et souhaiter l'introduction de la cinématographie peropératoire.

Dans ces 17 observations nous avons noté constamment ce trouble physiopathologique, 4 fois dans son expression majeure avec absence de passage sphinctérien.

Dans 13 cas nous avons noté un passage duodénal difficile avec reflux anormalement important du lipiodol dans les voies biliaires supérieures. Ces données radioscopiques trouvent comme les données manométriques et au même titre un complément naturel dans les épreuves pharmacodynamiques.

6) - Données radiographiques

Des documents radiographiques précis devraient permettre une excellente étude morphologique en dessinant en projection le moule endo-sphinctérien.

En fait nous avons obtenu les résultats plus modestes suivants :

sur 19 cas :

- images typiques 7 fois
- images en U 4 fois
- images non typiques ne permettant pas un diagnostic 4 fois
- images mal visibles 4 fois dont
 - . 1 mauvais cliché
 - . 2 cas avec région sphinctérienne cachée par du lipiodol duodénal
 - . 1 image compliquée par 1 diverticule de la fenêtre.

Il est certain qu'une meilleure technique radiographique fournirait une base diagnostique plus fidèle. Les travaux de BARRAGA, l'iconographie qui les illustre, l'analyse de la pathologie oddienne à laquelle parvient cet auteur nous rendent très modestes.

Ajoutons cependant que la radiographie devra multiplier largement ses documents pour échapper à la critique très juste de GOINARD : "nombre d'aspects radiographiques étiquetés oddites ne correspondent qu'à un moment morphologique de la contraction oddienne". Si ces documents radiographiques ne nous ont pas apporté régulièrement sur la

morphologie sphinctérienne toutes les précisions que nous en espérons, par contre ces mêmes documents nous ont fourni un renseignement essentiel en nous permettant de mesurer exactement, au compas à pointes sèches et non à l'oeil; le diamètre intra luminal de la voie biliaire principale (l'échelle est fournie actuellement par une bille d'acier de 10 mm placée à coté du cholédoque). Les maladies sphinctériennes organiques s'accompagnent en effet d'après notre expérience d'un certain degré de dilatation cholédocienne (nous estimons que la dilatation commence après 10mm); voici les chiffres trouvés exprimés en millimètres (5.8.10.(3fois).11.(6 fois).12.13.14.(3 fois) 15.18.).

Une dilatation cholédocienne même légère est donc un signe de grande valeur et presque constant des oddites organiques (88%). Si nous rapprochons ces données morphologiques des données dynamiques fournies par la manométrie nous constatons que dans toute oddite organique le couple diamètre-pression est toujours perturbé, que généralement les 2 facteurs du couple sont modifiés (85%) que si un facteur reste normal c'est le calibre (14%) : il y a parfois des oddites avec diamètre cholédocien normal et pression élevée; nous n'en n'avons pas rencontré avec pression normale ou basse et diamètre augmenté.

7) - Données instrumentales

Olivier a écrit "l'oddi ne peut s'explorer qu'instrumentalement" et le diagnostic de sclérose repose sur le fait qu'un cathéter rigide de 2 mm de diamètre ne peut franchir le sphincter. Nous sommes parfaitement d'accord sur ce point, de même que la meilleure mesure du trouble physiopathologique est la mesure de l'élévation de la pression d'écoulement, de même la meilleure mesure de la lésion anatomique est la recherche du diamètre interne par un cathéter gradué.

Cette mesure est à nos yeux le juge du diagnostic et les cas que nous rapportons ont été reconnus comme étant des oddites organiques sténosantes parce que le cathéter en avait décidé ainsi (nous utilisons des dilateurs vasculaires métalliques souples). Notre accord cependant ne va pas plus loin :

l'exploration instrumentale n'a eu pour nous qu'une valeur confirmative ou infirmative après que le Rubicond eut été franchit et le duodénum ouvert; nous explorons de bas en haut sous le contrôle de la vue, nous n'avons pas l'expérience de l'exploration de haut en bas par le cystique, cette manoeuvre, pour intéressante qu'elle soit, nous paraît exposer à des erreurs et à des dangers :

- erreur car le cathéter peut sembler franchir le sphincter alors qu'il ne pénètre dans le duodénum que coiffé de ce sphincter.

- erreur car l'explorateur peut fort bien ne pas trouver une porte qui n'en n'est pas moins ouverte.

- danger car un instrument métallique dont le diamètre est de 2 mm est un instrument d'estoc; le manier sans contrôle direct de la vue expose à des plaies et des perforations de la plus haute gravité. On ne répondra que des gestes doux, ... oui mais le principe de l'exploration est de "forcer".

8) - Données histologiques

Nous avons généralement pratiqué l'excision d'une tranche sphinctérienne persuadé que nous étions de la valeur du critère histologique. Or l'opinion actuelle tend à admettre que pour établir un diagnostic histologique valable il faudrait un examen portant sur l'ensemble du sphincter et que les biopsies chirurgicales sont insuffisantes à établir une distinction nette entre l'accentuation simple de la trame conjonctive et la sclérose pathologique.

MARTIN sur 71 biopsies chirurgicales et 20 pièces témoins aboutit à ces conclusions un peu déabusées.

GRAGE sur 50 oddites biopsées et comparées à un lot témoin les confirme.

Nous avons cependant quelques images qualifiées de "typiques"; Que croire ? En tout cas ceci il faut vraiment que le chirurgien dispose de beaucoup d'expérience et de techniques d'exploration admirables pour qu'il puisse au cours d'une opération tenter un diagnostic que les études anatomopathologiques microscopiques sont incapables d'affirmer ou d'infirmier.

De cette étude analytique il ressort donc que le diagnostic d'oddite organique repose sur un ensemble de facteurs :

- pression d'écoulement située un peu au delà des limites supérieures de la normale.
- dilatation au moins légère de la voie biliaire principale ou à défaut et exceptionnellement calibre non augmenté mais pression élevée.
- gêne à l'écoulement de la veine liquide constatée à la radioscopie avec passage duodénal difficile et reflux vers les voies supérieures plus important que la normale.
- image radiographique caractéristique environ 1 fois/2.
- épreuves pharmacologiques ne modifiant ni la pression ni la dyskinésie constatée à la scopie.

- à duodénum ouvert : papille dure et étroite ne laissant pas le passage d'un cathéter métallique de 2 mm de diamètre. Le diagnostic pose alors pour nous l'indication d'un geste thérapeutique associé à la cholecystectomie :
sphinctérotomie le plus habituellement.
dérivation interne par cholédocoduodénostomie dans les cas de dilatation de la voie biliaire principale dépassant 15 mm.

Les interventions itératives pour oddites résiduelles.

Dans le cadre général de la pathologie lithiasique les oddites sont tenues pour responsable d'un lot important d'interventions itératives :

MALLET GUY	15%	sur 407 réinterventions
ARIANOFF	17,5%	sur 179 réinterventions
MAILLET	20%	sur 130 réinterventions
MELEY	52%	sur 51 réinterventions

Pourquoi ces oddites résiduelles ? Pour un faisceau de raisons :

- un certain nombre échappe vraisemblablement à des explorations insuffisantes de la voie biliaire principale.
- la gravité réelle de la maladie peut être sous estimée par le chirurgien d'autant plus qu'il estime en principe et à juste titre que "méconnaître une petite lésion oddienne est moins grave que de pratiquer des sphinctérotomies inutiles".

- il est des oddites évolutives :elles apparaissent peut être et pourquoi pas ? après l'intervention biliaire initiale alors qu'elles n'existaient pas avant; ou bien qu'elles s'aggravent après cette intervention qui escomptait une involution des lésions.
- il est enfin des sténoses sphinctériennes qui ont été découvertes et traitées et qui récidivent : HIVET compte 9 mauvais résultats sur 340 sphinctérotomies, ARIANOFF compte 4 échecs sur 244 cas, MOREAUX après 120 sphinctérotomies découvre à la réintervention 2 sténoses vraies.

Ces oddites résiduelles posent-elles différemment le problème thérapeutique que nous avons exposé lors de la découverte d'une oddite au cours d'une cholecystectomie ? Sans aucun doute oui. Etre conduit à une réintervention et découvrir pour cause une oddite résiduelle régle le problème de l'authenticité et de la gravité de la maladie; il n'est plus question de ne pas la traiter; la sphinctérotomie est le traitement des oddites résiduelles. A cette position de principe un correctif : le drainage d'une voie biliaire dilatée est mieux assuré par une dérivation interne large que par une sphinctérotomie; pour une dilatation atteignant ou dépassant 15 mm l'anastomose paraît donc préférable à une section sphinctérienne.

Ce correctif est-il bien certain ? On peut en douter.

MALLET GUY qui a défendu si pertinemment la cause de la cholédocoduodénostomie précise que dans le cas particulier des oddites résiduelles les cholédocoduodénostomies se bouchent. Que faire? Sphinctérotomie et drainage

externe prolongé? Sphinctérotomie et cholédocoduonostomie?

L'analyse de notre statistique n'apporte pas de réponse à ces questions. Nous n'avons retrouvé que 2 cas d'oddites résiduelles. Ce chiffre peu élevé montre bien l'intérêt de l'exploration attentive du bas cholédoque au cours de toute cholécystectomie et la valeur du traitement si discuté soit-il des oddites que l'on peut ainsi découvrir. Il est probable que si nous n'avions pas pratiqué 19 sphinctérotomies et 2 dérivations internes nous aurions une beaucoup plus belle statistique d'oddites résiduelles. Les interventions itératives consistèrent à :

- extraire par cholédocotomie quelques précipitations lithiasiques secondaires dont nous n'avons pas voulu parler jusqu'ici car elles n'ont que bien peu d'intérêt.
- réaliser une sphinctérotomie une fois.
- pratiquer dans l'autre cas chez une femme agée à cholédoque dilaté à 15 mm une dérivation interne. Suites immédiates simples et bons résultats actuels avec un recul de 9 ans pour la sphinctérotomie de 6 mois seulement pour l'anastomose.

Ces 2 observations résument donc les grandes lignes thérapeutiques; elles trahissent cependant une réalité grise : mortalité opératoire non négligeable; séquelles diverses et souvent graves faites de dyspepsie, de douleurs d'états angiocholitiques responsables de résultats médiocres d'échecs de réinterventions itératives à pronostic sombre. A l'origine de ces déboires : oblitération des anastomoses, Sténose itérative après sphinctérotomie, béance cholédocienne avec infection chronique d'une voie biliaire atone, Syndrome pancréatique, maladie dystonique dépassant la localisation sphinctérienne. Aussi bien sur 27 cas MOREAUX compte-t-il

9 mauvais résultats ; MAILLET sur 14 malades suivis avec un recul moyen de 3 ans et 10 mois a-t-il seulement 50% de résultats bons ou très bons et aussi 2 assez bons, 2 mauvais, 3 échecs; MELEY sur 29 cas a-t-il une mortalité de 7% et sur 21 cas suivis 2 résultats médiocres.

Nous citerons ici nos observations d'interventions itératives pour oddite résiduelle avec calcul secondaire :

Observation n° 170 :

Femme de 51 ans, opérée le 02/10/54 (Dr. DEBOUVRY) Cholecystectomie pour microlithiasse stérile; l'exploration de la voie biliaire principale est très incomplète d'une part par ce qu'il n'y a pas d'enregistrement de pression (nos premières courbes datent du 15/10/54) d'autre part parce que nous disposions seulement de la radiographie peropératoire; or le clichés sont mal lisibles l'extrémité inférieure du cholédoque étant cachée par une début de passage lipiodolé duodénal. Suites simples; guérison apparente de 8 ans. En août 62, crises douloureuses de l'hypochondre droit et amaigrissement assez inexplicable; les crises douloureuses pures, se répètent jusqu'en septembre 63 où 1 cholangiographie fournit l'explication. Le 12/10/63 (Dr. DEVIC) laparotomie médiane itérative, peu d'adhérences. Découverte facile de la voie biliaire qui est dilatée modérément et blanchâtre; pas de moignon cystique; ponction bile stérile; cholédocotomie, extraction à la pince de 2 calculs noirs et friables qui se pulvérisent sans laisser apparaître de noyau dur; par un drain de kher exploration manométrique et radiologique ; courbes équilibrées à 16,5 cm d'eau; passage duodénal difficile avec important reflux, image assez typique de maladie sphinctérienne avec épaulement, diamètre cholédocien à 12 mm, duodénotomie; sphincter dur et très étroit ne permettant pas l'introduction du dilateur de 2 mm et qui offrira à l'histologiste des images de sclérose sphinctérienne qualifiées de typiques; sphinctérotomie; un nouveau contrôle radiologique montre un passage duodénal facile; fermeture pariétale sur le drain de kher qui sera retiré sans incident au 15^e jour; suites simples; bonne guérison confirmée avec un recul de 9 ans.

Observation n° 820 :

Femme de 72 ans, opérée le 19/06/72 (Dr. GARDE); cholecystectomie : cholecystite lithiasique à citrobacter. L'exploration de la voie biliaire principale enregistre une pression à 20 cm d'eau; la canule semble cependant mal introduite dans le cholédoque et ce chiffre

anormal est attribué à une valvule d'Heisterer. Le lipiodol dessine une voie biliaire un peu grosse (11mm) terminée par un défilé sphinctérien étroit.

Cependant comme l'examen radioscopique ne semble pas montrer de dyskinésie importante et en l'absence de signes cliniques et humoraux d'obstacle biliaire on se refuse à faire une papillotomie. Suites opératoires simples; guérison apparente de presque 3 ans. En juin 75, crise cholédocienne typique; dans son décours une cholangiographie confirme l'existence d'un gros cholédoque avec 1 calcul.

Le 07/05/75 (Dr. DEVIC), laparotomie médiane itérative, foie sain avec seulement une surcharge stéato-sique modérée (Pr. VAUZELLE), voie biliaire dilatée à 15 mm et épaissie; moignon cystique retrouvé mais inutilisable; ponction retirant une bile jaunée d'or mais à colibacilles; cholédocotomie; extraction facile de 2 calculs mous qui s'effritent; un drain de kher autorise une exploration radiologique qui découvre un calcul, retiré à la pince et mou lui aussi. Nouveau contrôle : pression à 17,5 cm image radiologique d'oddite; vu l'âge de la malade et la dilatation canalaire à 15 mm on réalise une cholédocoduo-dénostomie sans sphinctérotomie. Suites opératoires simples, revue en bon état en novembre 75.

B)-Les dispositifs de stase biliaire par dilatation, les dilatations résiduelles.

Une dilatation de la voie biliaire principale en dehors de tout obstacle constitue en soi-même un facteur de stase. Il s'agit de l'application aux canaux biliaires d'une loi générale de l'hydrodynamique. Il s'agit aussi des effets d'une dystonie de ces canaux dont la dilatation est l'expression anatomique; ces 2 facteurs physique et biologique s'aggravent mutuellement ; ainsi se trouve constitué un lac, ou plus exactement un marais, mal drainé propice à l'infection chronique à la sédimentation lithiasique, aux processus d'atteintes pariétales et de sclérose rétractile.

Dans les cas les plus favorables ces dilatations résiduelles resteront comme menace muette mais permanente. Ces dilatations se développent au contact d'un foyer infectieux et peuvent lui survivre. Elles ne sont pas très rares puisque sur 407 interventions itératives pour

syndrome postcholecystectomie , MALLET GUY admet qu'elles sont en cause dans 30 cas. Elles deviennent plus fréquentes représentant 5% de cette même statistique en 1970 et 19% pour les 50 dernières observations. Cette augmentation a sans doute un caractère relatif et traduit les progrès de la chirurgie et la diminution du nombre des calculs oubliés et des dispositifs résiduels de sténose cholédocienne négligés. Cette augmentation est peut être également bien réelle traduisant la tenacité d'une faute contre l'esprit qui incite à croire qu'un traitement antibiotique prolongé peut guérir une vésicule infectée. L'antibiotique si judicieusement choisi soit-il ne parvient pas à la vésicule par voie biliaire car le cystique a cessé d'être perméable; il parvient peu par voie sanguine car les thromboses vasculaires se développent sous l'action bactérienne; l'antibiotique stérilise la péritonite régionale et refroidit le foyer vésiculaire; il en autorise la tolérance par l'organisme et par la même l'évolution.

Les chirurgiens connaissent bien ces malades "préparés" et redoutent cette pathologie nouvelle avec ces énormes foyers ou l'on trouve des réactions péritonéales plastiques, des gangrènes chroniques de la paroi vésiculaire, des perforations couvertes , des pédiculites scléroinflammatoires, des dilatations canalaire, des hépatites régionales.

En 1973 dans un travail consacré à 40 observations d'ictères dans la lithiase vésiculaire, DEVIC GARDE et GELAIN, trouvent 9 cas où cet ictère hépatocellulaire n'avait d'autre cause que de telles pédiculites, il est bien certain que ces lésions peuvent être et sont d'ailleurs très généralement réversibles et qu'elles disparaissent après l'éradication du foyer infecté. Quel dommage cependant que les médecins ne viennent pas plus souvent voir opérer leurs malades ! Nous rapportons une observation, complexe d'ailleurs, de dilatation résiduelle. En l'exposant nous la commenterons.

Observation n° 874 :

Femme de 31 ans, opérée le 14/08/64 (Dr. DEVIC), d'une cholecystite, comme cette jeune femme de

31 ans est au 2^o mois d'une grossesse, on a cherché à différer l'intervention et on a prolongé aussi pendant 15 jours un traitement à l'ampicilline; après une amélioration passagère le réveil de la température conduit à l'intervention.

Importantes lésions vésiculaires non stérilisées avec gangrène pariétale; pédiculité scléroinflammatoire. L'exploration transcystique de la voie biliaire principale enregistre une pression basse à 8 cm d'eau malgré la protection d'un écran plombé sous ombilical on estime inopportun l'examen radioscopique; 2 radiographies sont faites : la voie biliaire principale est dilatée à 18 mm; elle s'évacue largement dans le duodénum; aucun obstacle n'est visible; cholecystectomie un drain sous hépatique; suites simples, accouchement à terme d'un enfant normal. Guérison apparente pendant 8 ans de bonne qualité.

En novembre 72, douleurs épigastriques qui se répètent, amaigrissement puis en décembre crise cholédocienne typique. Le 13/01/73 intervention itérative par médiane, découverte facile d'une voie biliaire énorme, la ponction retire une bile à colibacille; l'incision permet d'extraire un gros calcul en cigare. Un contrôle radiologique pratiqué par un drain de kher confirme la liberté canalaire et la bonne évacuation duodénale, il permet de chiffrer à 25 mm la dilatation canalaire. L'importance de cette dilatation et son ancienneté posent l'indication d'une anastomose interne; le jeune âge de l'opérée et son bon état général sont des arguments en faveur d'une hépaticojéjunostomie réalisée sans incident selon la technique de ROUX .

Suites simples, succès pendant 2 ans. En octobre 75 épisode cholédocien typique répété 2 fois, une cholangiotomographie dessine les contours d'un gros calcul dans un canal hépatique énorme. Le 18/12/75, réintervention itérative par une courte médiane prolongée en thoracophrenotomie du 8^e espace et donnant un excellent jour sur le hile; l'exploration biliaire est menée très confortablement par la jéjunotomie de l'anse montée.

Une quantité incroyable de calculs jaunes, les uns mimosa, les autres plus gros, certains agglomérés en magma, s'écoulent aussi bien de l'anse jéjunale montée qui en est pleine que des voies biliaires.

Une sonde à ballonnet de FOLEY, n° 14, introduite par la jéjunotomie dans le canal hépatique permet de mesurer exactement ce canal et la bouche anastomique; le canal hépatique à un diamètre de 26 mm, la bouche de 11 mm. La dilatation de la voie biliaire principale n'a donc pas évolué depuis 2 ans, elle n'a pas non plus regressée malgré un drainage terminobiliaire, latéro-jéjunal; c'est donc un état fixé.

La bouche anastomique s'est rétrécie; elle a 11 mm alors qu'elle avait été établie à plein canal sur un hépatique de 25 mm; elle est actuellement assez large pour laisser passer sans difficulté les calculs isolément, si

gros soient-ils. Elle constitue néanmoins un rétrécissement relatif qui arrête le conglomérat lithiasique qui s'est accumulé en amont. Ce rétrécissement relatif n'a joué un rôle physiopathologique qu'en raison d'un trouble de la Lithogénèse et de la production extra ordinairement abondante de calculs dans les voies intrahépatiques.

C'est ce trouble qui a "décompensé" la sténose. La sténose d'autre part n'a pas permis la tolérance de la maladie lithiasique. Cette maladie pour grave qu'elle soit eut en effet trouvé une bonne solution thérapeutique dans l'excellent montage que réalise l'hépaticojéjunostomie à la ROUX. Nous comptons quatre cas de lithiases intrahépatiques opérées ainsi et qui ne présentent plus d'accidents cliniques alors qu'ils continuent en toute vraisemblance à former des calculs qui s'éliminent. Dans le cas présent l'engorgement des calculs dans un lac biliaire a permis leur conglomération et c'est le changement de calibre qui a transformé un orifice de 12 mm en agent de sténose.

Ces considérations sont menées de front avec l'exploration des voies intrahépatiques par injection de lipiodol par la sonde. Des calculs sont repérés dans la branche gauche et dans le canal du secteur 2. Ils sont extraits.

Cela fait nous avons le choix théorique entre rétrécir le canal hépatique ou élargir la bouche. La diminution certaine du calibre de cette bouche depuis son établissement nous conduit à préférer la 2^e solution qui nous paraît d'ailleurs plus sage; elle nous conduit aussi à utiliser un territoire canalaire qui est en principe à l'abri de cette évolution sténosante. Pour ce faire nous incisons à partir de la bouche actuelle le flan gauche du canal hépatique puis le bord inférieur de la branche gauche de ce canal. Nous établissons ainsi une bouche termino-latérale qui, explorée par la jéjunotomie, laisse facilement passer le pouce.

Cette stomatoplastie peut-être menée à bien grâce à la dissection et à l'abaissement de la plaque hilaire.

Fermeture de la jéjunotomie; fermeture pariétale sur drainage thoracique et sous hépatique. Suites immédiates simples. Des radiographies abdominales sans préparation faites le 06/OI/76 montre le dessin aérique de l'anastomose et des voies intrahépatiques. Il n'y a pas de rétrécissement mais le calibre des canaux hépatiques conserve le même degré de dilatation qu'avant l'extraction des calculs.

CHAPITRE VI

SYNTHESE : LES INDICATIONS

DE LA CHOLECYSTECTOMIE

Ce travail a été entrepris avec l'idée qu'il était intéressant pour un médecin généraliste, au début de sa carrière de se faire une opinion personnelle de la cholecystectomie. Il nous a entraîné à la découverte d'un monde chirurgical à la fois clair et compliqué qui a ses certitudes et ses problèmes et où nous nous sommes quelque peu attardés. De retour au domaine de la médecine praticienne qu'y rapporterons nous ?

Tout d'abord un certain nombre de notions précises :

- porter un jugement sur un type d'intervention biliaire ne se conçoit que si l'on connaît exactement les méthodes et les techniques opératoires, la rigueur et l'expérience du chirurgien.
- la cholecystectomie est une opération parfaitement réglée et très fiable. Dans toute statistique étendue elle conserve néanmoins une mortalité et une morbidité qui tout en étant très faibles ne sont cependant pas nulles. Ces cas malheureux pourraient d'une façon un peu schématique se définir ainsi : la mortalité est faite d'opérations de sauvetage qui ne réussissent pas; la morbidité est faite d'opérations de sauvetage qui réussissent. Il importe donc essentiellement d'éviter ces situations.
- la cholecystectomie si réglée soit-elle pose encore quelques questions imparfaitement résolues : - celle des calculs résiduels est, en théorie du moins, relativement simple et perd d'ailleurs de

son importance avec la diffusion des techniques manométriques et radiologiques d'exploration de la voie biliaire principale au cours de toute cholecystectomie. - celle des dispositifs biliaires de stase que l'on peut découvrir au cours d'une cholecystectomie est beaucoup plus actuelle. Qu'il s'agisse d'oddites, de cholédocites inférieures, de pancréatites, de dilatation de la voie biliaire principale, ces dispositifs posent des problèmes de compréhension et de traitement qui ne sont résolus ni très clairement ni unanimement; aussi bien ces dispositifs résiduels ou récidivés, fixés ou évolutifs aggravés ou non par des précipitations lithiasiques secondaires fournissent-ils à la cholecystectomie un certain nombre d'échecs et conduisent à des interventions itératives difficiles. La chirurgie biliaire se prête mal aux actes répétés qui restent heureusement très exceptionnels.

A partir de ces notions nous avons cherché à dégager des idées aussi simples et précises que possible afin qu'elles nous guident dans le choix des malades à orienter vers une solution chirurgicale. Précisons tout d'abord que nous n'avons pas étudié la pathologie vésiculaire non lithiasique représentée cependant dans cette statistique par 39 observations.

Une cholecystite aigue est une maladie grave qui doit-être placée de suite en milieu chirurgical, préparée rapidement et opérée sans tarder.

La cholecystite chronique est une forme anatomopathologique qui doit disparaître pour la raison très

simple que tout épisode septique doit conduire à l'éradication du foyer septique.

Le simple respect de ces 2 règles élémentaires et complémentaires est capable à lui seul de diminuer considérablement la mortalité, la morbidité et les échecs de la cholecystectomie et d'une façon moindre la mortalité de la lithiase. Un mauvais terrain ne saurait être invoqué à l'encontre de ces règles et le malade a un besoin d'autant plus impérieux de secours majeur qu'il est par lui même moins capable de résistance.

Parmi les lithiases vésiculaires aseptiques certaines doivent être opérées systématiquement : les microlithiases qui exposent aux accidents cholédociens et pancréatiques de migration; les calculs excluant la vésicule car une vésicule qui ne se draine pas est une vésicule qui s'infectera.

Certaines lithiases ne posent pas d'indication opératoire; plus exactement certains lithiasiques posent une contre-indication opératoire prédominante: sujets âgés ou gravement tarés, porteurs de calculs bien tolérés.

Reste un important lot de lithiasiques qui ne posent ni indication ni contre-indication chirurgicale manifestes. A ces sujets, chez lesquels des calculs ont été découverts fortuitement ou à l'occasion de troubles mineurs que convient-il de conseiller ? Cholecystectomie si les troubles fonctionnels s'aggravent ou même si leur simple présence et leur persistance n'en viennent à projeter une ombre réelle sur la vie personnelle familiale ou professionnelle? Et cela d'autant plus facilement que l'intervention est alors certainement bénigne.

Cette chirurgie de confort est une position logique si l'on se fait de la lithiase vésiculaire l'idée d'une maladie très banale; dans l'ensemble remarquablement

tolérée et bénigne, d'une maladie qui en tous cas ne saurait engager le pronostic vital que si elle parvient à une complication mécanique ou infectieuse; ce n'est donc pas au stade de lithiase vésiculaire simple mais au stade de lithiase vésiculaire compliquée seulement que l'on pourra admettre la notion de chirurgie de nécessité ou de principe.

Cette conception conduit logiquement à une chirurgie de convenance et encore doit-on bien préciser ceci : les troubles fonctionnels de la lithiase non compliquée en dehors des crises de coliques vésiculaires, sont difficiles à cerner et généralement surestimés; crise de foie, intolérances alimentaires, dyspepsie dite "biliaire", manifestations anaphylactiques, constipations, migraines; sont des arguments volontiers avancés en faveur de la chirurgie et plus volontiers encore accueillis. Ce sont en réalité des arguments en faveur de la "non chirurgie". Migraineuses, déprimées, insatisfaites, patraques, psychasthéniques, neurotoniques, constipées, resteront telles sans vésicule ou redeviendront telles.

La cholecystectomie n'améliore ni l'équipement enzymatique ni l'équipement cérébral; la vésicule est un petit organe aux petites fonctions.

Notre position personnelle, celle que nous nous sommes faite au cours de ce travail n'est cependant pas celle que nous venons d'exposer.

Nous ne pensons pas que la lithiase vésiculaire soit cette maladie bénigne et franche qui légitime une chirurgie de convenance. La lithiase vésiculaire est une maladie plus grave et plus traitresse, fort capable de transformer cette chirurgie bénigne et de confort en un geste de nécessité à pronostic réservé ou même en un simple constat de faillite.

Au cours de ces 20 dernières années parvenaient en effet à cette même clinique 267 lithiases du cholédoque qui ont fourni une mortalité globale de 21 cas,

que pour certains de ces malades, l'accident cholédocien ait ouvert la scène lithiasique, cela est certain; il n'en reste pas moins que si ces 21 malades avaient été opérés ou avaient pu être opérés au stade de lithiase vésiculaire non compliquée, il y aurait eu par lithiase vésiculaire 21 morts de moins.

D'autre part la lithiase vésiculaire est un mauvais compagnon de voyage pour la vie; bien supportée ou muette, elle constitue par sa tolérance fonctionnelle même un danger permanent qui ira en s'alourdissant gravement au fil des ans; dominée par l'organisme adulte elle sera pour beaucoup dans leur vieillesse la maladie mortelle qu'ils auront innocemment ou avec la bénédiction médicale réchauffée sous leur foie.

Voici une statistique récente de l'I.N.S.E.R.M concernant la mortalité en France chez les femmes de plus de 65 ans : la "pathologie infectieuse d'origine biliaire" vient au 7° rang après les accidents cardiovasculaires, les tumeurs malignes; la cachexie, les fractures du col, les pneumopathies et les néphropathies.

Dans un hopital hospice, celui d'Ivry, où les vérifications nécropsiques furent systématiques, cette même pathologie biliaire infectieuse passe au 5° rang précédée seulement par les accidents cardiovasculaires, la cachexie, les néphropathies et les pneumopathies.

Dans la France entière que de morts au nom d'une bénignité supposée !

Mais il y a plus : cette pathologie infectieuse n'est pas la seule : les vieilles lithiases se cancérisent. Le danger nous paraissait, comme à vous peut être, presque illusoire car trop exceptionnel. Nous avons changé d'avis en regardant de plus près la réalité de la pathologie d'une région. Nous avons dépouillé la statistique "vésiculaire" de la clinique de Sainte Colombe; or en 20 ans, sont parvenus à cette clinique avec les 1000 malades de cette étude, 14

cancers de la vésicule; or ces 14 cancers étaient tous, sans une exception développés sur des vésicules anciennement lithiasiques.

Cela veut dire que 14 sujets sont morts pour avoir conservé une lithiase vésiculaire qui les gênait peu et dont le traitement chirurgical pouvait ainsi paraître abusif.

Cela veut dire aussi que, dans cette région et pendant 20 ans immédiatement après les complications cholédo-ciennes et avant tout autre mécanisme, le processus mortel principal de la lithiase vésiculaire a été la cancérisation.

Cette constatation nous a d'abord surpris; elle nous paraît cependant bien établie dans le cadre de ce travail. Ajoutons même que nous sousestimons sans doute la fréquence réelle de cette évolution car il est probable que les malades de la région atteints de cancers de la vésicule ont été orientés de préférence vers un service de médecine plutôt qu'adressés à une clinique exclusivement chirurgicale; la statistique hospitalière de LEVRAT, analysée en 1964 dans la thèse de TETE, ne fait-elle d'ailleurs pas état de 45 cancers pour 1349 lithiases ? Les autres auteurs qui ont fait des études étendues sur ce sujet s'accordent sur des chiffres voisins qui varient de 2,15 à 3,3%.

A la réflexion doit-on s'étonner qu'une épithélium digestif, soumis à des irritations chroniques mécaniques et bactériennes n'en arrive, après des années, et dans 2 à 3% des cas à dégénérer ?

Ne doit-on pas s'étonner plutôt de cet étonnement et aussi à cet égard d'une certaine indifférence d'une époque qui prête par ailleurs tant d'attention à la connaissance, au dépistage et à l'éradication des processus initiaux du cancer et des états précancéreux et qui place tant d'espairs légitimes d'ailleurs et officiels aussi dans la prophylaxie des tumeurs malignes ?

Pour ces raisons et en l'absence actuelle de traitement médical à visée curative nous pensons que le

diagnostic de lithiase vésiculaire pose par lui même l'indication de principe de la cholecystectomie, il n'y a pas de lithiase non chirurgicale mais seulement des lithiasiques que le bon sens nous conseillera de ne pas faire opérer.

Pour conclure nous rapporterons ici la statistique de la clinique de Sainte Colombe, établie sur 21 ans et concernant l'ensemble des mécanismes mortels de la lithiase vésiculaire sur 1187 cas se décomposant ainsi :

1000 cas rapportés dans cette étude dont on retranche, les 39 affections non lithiasiques et les 53 lithiases cholédociennes muettes découvertes lors de l'exploration peropératoire.

- 8 cancers sur 14 car 6 ont été cholécystectomisés.

- 267 lithiases cholédociennes patentes ayant conduit à un geste chirurgical.

- 4 iléus biliaires.

Sur ces 1187 cas on déplore 47 morts par :

- 21 migrations cholédociennes

- 14 cancérisations

- 6 complications septiques chez des vieillards avec échec d'opérations de sauvetage.

- 4 complications chirurgicales chez des sujets de plus de 65 ans atteints de cholecystite aigue.

- 2 iléus biliaires.

CONCLUSIONS

Ce travail est l'étude de 1000 cholécystectomies; l'analyse des données étiologiques de cette statistique ne réserve aucune surprise.

La cholecystectomie est une intervention parfaitement réglée dont la mortalité faible, 1 %, faite d'opérations de sauvetage qui ne réussissent pas ; la morbidité est constituée pour la plus grande part d'opérations de sauvetage qui réussissent, le facteur bactérien et l'âge sont donc les éléments qui augmentent la mortalité et la morbidité de la cholecystectomie.

Les échecs de la cholecystectomie ne sont pas l'expression d'un syndrome physiopathologique privatif mais la conséquence d'un état pathologique associé qui échappe au cadre de notre travail ou de lésions biliaires créées lors de la cholecystectomie : blessures de la voie biliaire principale avec sténose secondaire ; ou laissées par elle : - calculs oubliés et résiduels, l'intérêt de cette question étant l'étude des facteurs résiduels de stase biliaire (oddites, cholédocite, pancréatite, dilatation canalaire).

- oddites résiduelles.
- dilatation résiduelle de la voie biliaire principale.

L'ensemble de notre étude confirme la notion bien établie que la cholecystectomie même si elle conserve quelques problèmes imparfaitement résolus que nous avons exposés, n'en reste pas moins une intervention parfaitement réglée dont les suites sont simples, régulières et prévisibles.

Dans le domaine de la lithiase vésiculaire et en l'absence de traitement médical actuel codifié à visée curateur, la cholecystectomie représente la solution thérapeutique de choix.

Vu le Directeur de l'UER Grange-Blanche
Professeur B. SALLE

Le Président de la THESE
Professeur R. GUILLET

Vu et permis d'imprimer,
LYON, le 30 janvier 1976

Le Président de l'Université Claude-Bernard,
Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales,
Professeur D. GERMAIN

- BIBLIOGRAPHIE -
-:-:-:-:-

L'importance du sujet de notre étude exclue toute possibilité de bibliographie exhaustive.

Nous citons ici uniquement les documents ayant servi de référence pour la rédaction de cette thèse.

ALEXANDRE J.H.

Les calculs récidivants

Ann. Cir. 1968 - 22 - 25 - 26 - 1481 - 1487

ARIANOFF A. et GELIN A.

Rapports sur les réinterventions sur les voies biliaires. XIème Congrès Belge Chir.

In Acta. Chirurgica. Belgica 1957. suppl. 9 - 6 - 214.

ARIANOFF A. VIELLE G. et DEWULF E.

Réflexions sur la lithiase de la voie biliaire principale primitive et résiduelle.

Acta. Chir. Belg. 1973. 1 - 20 - 46.

AYARI H. et CAROLI J.

La récurrence lithiasique cholédocienne et les empièvements calculeux du cholédoque.

Arch. Mal. App. Dig. 1955. 44 - 788.

BARRAYA L. LACROIX CL. et MIGIORI G.

La lithiase résiduelle des voies biliaires.

Neur. Ac. Chir. 1969. 95 - 442 - 446.

BERGERHOFF H.D.

The mortality in gall-stone surgery.

Desch. Med. Wschr. 1967. 92 - 4 - 157 - 161.

Récidives après cholecystectomie.
Thèse Lyon 1948.

BISMUTH H.

La lithiase résiduelle de la voie biliaire
principale.
Ann. Chir. 1968. 22 - 1491.

BODVAL P.

Late results following cholecystectomy in 1930
cas and special studies on postoperative disease.
Acta. Chir. Scand. 1964. Suppl 329.

BOQUIST C. BERYDAHL L. ANDERSON A.

Mortality following gallbladder surgery, a study
of 3257 cholecystectomies.
Surgery 1972. 71 - 4 - 616 - 624.

CAHEN J. JADUT R.

300 cholecystectomies, bénignité de l'intervention.
Acta. gastro. entero. Belg. vol 19. 963 - 970.

CHAPUIS P.

Réflexions sur une statistique de chirurgie biliaire.
Thèse Lyon 1954.

CLEMENS M.

La différenciation des formes Labiles et fixées
de l'hypertonie du sphincter d'oddi.
Lyon Chir. 1974. 79 - 4 - 232 - 233.

CUISENIER J.

Les réinterventions biliaires tardives dans le
cadre de la maladie lithiasique.
Thèse Lyon 1975.

DEBELUT J.

Réflexions sur 1700 cas de chirurgie des voies
biliaires sous contrôle radio-manométrique.
Chir. 97 - 10 - 674 - 687 - 1971.

DEBRAY Ch. BONFILS S. HAMBURGER J. LORTAT6JACOB JL.
MERCADIER M.

Comment reconnaître et traiter les oddites
chroniques.
Press. Med. 1964 - 72 - 21 - 1251 - 1254.

DEBRAY Ch. HEPP J. MALLET GUY P. MURAT J. ROUX M.
SALEMBIER Y.

Le syndrome post-cholecystectomie.
Table ronde 74° Congrès Français de chirurgie.
Actualités chirurgicales. MASSON et Cie Paris
1973 - 200 - 224.

DEBRAY Ch. ROUX M. VAYRE P.

Indications et résultats de la chirurgie de la
lithiase biliaire.
Rev. Prat. 1697. 17 - 22 - 3131 - 3146.

DEVIC G. GARDE J. et GELAIN J.

Le traitement des pancréatites aiguës biliaires.
Lyon Chir. 1972 - 68 - 1 - 11 - 17.

DEVIC G. GARDE J. et GELAIN J.

Les ictères de la lithiase vésiculaire.
Lyon Chir. 1973. 69 - 6 - 421 - 427.

DEVIC G. GARDE J. et GELAIN J.

La lithiase du cholédoque.
Lyon Chir. 1974. 70 - 6 - 378 - 382.

DUCROS JM.

Etude de la morbidité postopératoire à propos
de la chirurgie biliaire.

Thèse PARIS St. Antoine 1973.

EDELMAN G. BOUTELIER Ph. DUMAS D.

Lithiase résiduelle et récidivante de la voie
biliaire principale.

Ann. Chir. 1968. 22 - 1493 - 1495.

FEROLDI J.

La maladie du sphincter d'oddi.

Thèse Lyon 1945.

FORETTE F. VOCANSON C. HENRY JF. et BERTHAUX P.

Intérêt des vérifications systématiques.

G.M. de France 1976. 83 - 1 - 21 - 27.

GLENN F. CHARLES K. Mc SHERRY et DINNEEN P.

Morbidity of surgical treatment for non
malignant biliary tract disease.

S.G.O. 1968. 126 - 15 - 26.

GLENN F. MAC SHERRY Ch.

Secondary abdominal operations for symptoms
following biliary tract surgery.

S.G.O. 1965. 121 - 5 - 979 - 988.

GOINARD P. BARBE Ch. STREICHENBERGER R. CHAVENT B. MATHON C.

Bilan de la chirurgie pour lithiase cholédocienne
pendant 8 ans.

Lyon Chir. 1974. 70 - 6 - 368 - 376.

GOINARD P. et PELISSIER G.

Compte rendu d'une expérience de 8 années de
sphinctérotomie.

Rev. int. d'hôpital 1966. 1 - 605 - 609.

GRAGE JB. LOBER P. IMAMOGLU K. WAGEN-STEENO.

Stenosis of the sphincter of oddi.

A clinico pathologic review of 50 cas.

Surgery 1960. 48 - 2 - 304 - 317.

GUINOT R.

La chirurgie biliaire du vieillard de plus de
70 ans.

Thèse Lyon 1970.

HAFF R. BUTCHER JH. and BALLINGER WF.

Factors influencing morbidity in biliary
tract operations.

S.G.O. 1971. 132 - 2 - 195 - 203.

HEPP J.

Oddites imaginaires et sphinctérotomies abusives.

Ann. Chir. 1966. 20 - 343.

HEPP J.

A propos des réinterventions sur la voie
biliaire principale.

J. Med. Strasbourg 1973. 4 - 1 - 9 - 19.

HEPP J. BISMUTH H.

Accidents et complications précoces de la
sphinctérotomie oddienne.

Rev. Int. Hepatol 1966. 16 - 3 - 497 - 520.

HERZOG KH. SMOLINSK E. KRENE S.

Results of biliary tract operations.

Brun's. Beitr. Klin. Chir. 1967. 214 - 3 - 338 -
398.

HOLM JC. EDMUNDS J. and BAKEN JW.

Life threatening complications after operations upon the biliary tract.

S.G.O. 1968. 127 - 2 - 241 - 252.

HIVET M.

Les calculs oubliés de la voie biliaire principale.

Mem. Neur. Suc. Chir. PARIS 1965. 59 - 1 - 39 -47.

HOLLENDER LF. KOHLER JJ. CHAUVET J. KLEIN A.

Les réinterventions en chirurgie biliaire, étude de 86 observations.

Journ. Med. Strasbourg 1973. 4 - 1 - 51 - 56.

IBACH J. HUME H. and ERB W.

Cholecystectomy in the aged.

S.G.O. 1968. 126 - 3 - 522 - 528.

JUVARA C. RAOULESCO O. RAOU D.

La lithiase postopératoire de la voie biliaire principale.

Bull. Mem. S. Chir. PARIS 1969. 59 - 3 157 - 182.

LATASTE J. CORMIER JM.

Les dilatations cholédociennes d'origine non tumorale.

Arch. Mal. App. Dig. 1961. 319 - 331.

LEVRAT M.M. TRUCHOT R. et SERVONNAT F.

Le traitement par les antibiotiques des complications infectieuses de la lithiase biliaire.

Rev. Int. D'Hepatol. 1965. 16 - 2 427 - 432.

A propos de la lithiase résiduelle du cholédoque.
Ann. Cir. 1968. 22 - 25 - 26 - 1497.

MAC SHERRY CK. and GLENN F.

The mortality and the morbidity of surgery for
biliary tract disease.

J; Ark. Med. Surg. 1969. 65 - 10 - 358 - 362.

MALLET GUY P.

Les résultats fonctionnels éloignés : enquête
sur 1892 cholecystectomies pour lithiase.

Lyon Chir. 1968. 64 - 2 - 184 - 192.

MALLET GUY P. GIGNOUX M. STERDIN P. YOSHITOMI J.

Le devenir de la voie biliaire principale après
cholecystectomie, comparaison du calibre
cholédocien et postopératoire chez les opérés.

Lyon Chir. 1968. 64 - 898 - 908.

MALLET GUY P. KERSTENS J. GIGNOUX M. MURAT J.

Le syndrome postcholecystectomie.

Masson Cie PARIS 1970.

METAIS B.

Le syndrome postcholecystectomie, analyse
physiopathologique clinique et thérapeutique de
207 observations.

Thèse Lyon 1959.

MIRIZZI PL.

Chirurgie du système du canal hépatique, lésions
bénignes.

Edit. Masson PARIS 1961.

MOUCHET A. MARQUAND J. GUIVARCH M. LENRIOT JP.

109

Lithiase résiduelle et lithiase récidivée de la
voie biliaire principale.

Mem. Ac. Chir. 1968. 94 - 693 - 695.

MURRAY H. SELTZER M.

Mortality folowing cholecystectomy

S.G.O. 1970. 64 - 66.

OLIVIER CL.

Chirurgie des boies biliaires extra et intra-
hépatiques.

Masson Edit. PARIS 1961.

OLIVIER CL.

Les réinterventions précoces en chirurgie biliaire.

J; Chir. PARIS 1968. 96 - 3 - 249 - 258.

PEMBERTON LB. MANAX WG.

Relation ship of obesity to postoperative
complications after cholecystectomy.

Amer. Journal of Surg. 1971. 121 - 87 - 90.

PEREZ JF. GULESIAN P.

Rewiew of biliary tract surgery.

J; Amer. osteopath. Ass. 1970. 69. 9 - 927 - 937.

PERPER HJ.

The certain and the problematical in biliary
surgery.

Med. Welt. 1964. 29 - 1593 - 1600.

ROUX M. DEBRAY Ch. LECANUET R. LAUMONIER R.

Pathologie chirurgicale des voies biliaires
extrahépatiques.

Masson et Cie PARIS 1961.

SALEMBIER Y.

Calcul restant et calcul récidivé du bas
cholédoque.

Acta. Gastro. entero. Hotel Dieu 1960. 120 - 125.

SALEMBIER Y.

Statistique homogène de 225 réinterventions
biliaires.

J. chir. 1971. 102 - 415 - 424.

SALEMBIER Y.

Indication de la non sphinctérotomie.

Lyon Chir. 1965. 61 - 731 - 740.

YVERGNEAUX JP. BAUNENSE E. YVERGNEAUX E.

Analyse de 58 réinterventions biliaires et
d'une statistique personnelle de 1604
interventions biliaires avec radiomanométrie.

Acta. Gastro. Ent. Belg. 1974. 37 - 1 - 58 - 74.

